



ISSN: 2458-7621

**KADIN SAğLIğI HEMŞİRELIğI DERGİSİ
KASHED**

**JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING
JOWHEN**

YIL (YEAR): 10

CİLT (VOLUME): 10

SAYI (NUMBER) 3

KASIM (NOVEMBER) 2024

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed>

KADIN SAğLIğI HEMŞİRELIğI DERNEğİ YAYIN ORGANI

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

CİLT/VOLUME:10

SAYI/NUMBER:3

KASIM/NOVEMBER 2024

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ
(KASHED) YAYIN ORGANI

Sahibi/Owner

Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği Adına
Nevin HOTUN ŞAHİN

Editör/Editor

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

ISSN:2458-7621

Derginin Adresi/Journal Contact

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed>
e-posta/e-mail:kasheddersisi@gmail.com

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

EDİTÖRLER KURULU / EDITORIAL BOARD MEMBERS

Editör/Editor

Prof. Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

İstanbul Üniversitesi

Editör Yardımcıları/ Associate Editors

Doç. Dr. Yeliz DOĞAN MERİH

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Feride YİĞİT

Topkapı Üniversitesi

Dr. Öğretim Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Mukaddes TURAN MİRAL

İstanbul Kültür Üniversitesi

Yazım ve Dil Editörü/ Copy Editor

Dr. Öğretim Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Mukaddes TURAN MİRAL

İstanbul Kültür Üniversitesi

Mizanpaj Editörü/ Layout Editor

Dr. Öğr. Üyesi ÖZLEM ÇİFTÇİ

İstanbul Okan Üniversitesi

Msc Burcu Dişli Otkar

İstanbul Üniversitesi

Son Okuyucu/ Proofreader

Prof. Dr. Kerime Derya Beydağ

Yalova Üniversitesi

Doç. Dr. Yeliz DOĞAN MERİH

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Doç. Dr. Feride YİĞİT

Topkapı Üniversitesi

Dr. Öğretim Üyesi Zübeyde EKŞİ GÜLOĞLU

Marmara Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Mukaddes TURAN MİRAL

İstanbul Kültür Üniversitesi

İngilizce Dil Editörü English Language

Prof. Dr. İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ

İstanbul Üniversitesi

İstatistik Editörü/ Statistics Consultant

Prof. Dr. Necdet SÜT

Trakya Üniversitesi

DANIŞMA KURULU/ ADVISORY BOARD

Prof. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Prof.Dr. Gülcihan AKKUZU	Çankırı Karatekin Üniversitesi
Prof. Dr. Hilmiye AKSU	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Aygül AKYÜZ	Bilim Üniversitesi
Prof. Dr. Ergül ASLAN	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Prof.Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN	Yeditepe Üniversitesi
Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER	Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ	Biruni Üniversitesi
Prof. Dr. Anahit COŞKUN	Atlas Üniversitesi
Prof. Dr. Nurdan DEMİRCİ	Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. Emel EGE	Necmettin Erbakan Üniversitesi
Prof. Dr. Nilüfer ERBİL	Ordu Üniversitesi
Prof. Dr. Sibel ERKAL İLHAN	Haliç Üniversitesi
Prof. Dr. Kafiye EROĞLU	Atlas Üniversitesi
Prof. Dr. Gülşen ERYILMAZ	Atatürk Üniversitesi
Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI	Lokman Hekim Üniversitesi
Prof. Dr. Kamile KABUKÇUOĞLU	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer KARANİSOĞLU	Maltepe Üniversitesi
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ	İstanbul Aydın Üniversitesi
Prof. Dr. Özen KULAKAÇ	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Prof. Dr. Ümran OSKAY	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ	Emekli Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN	S. Zaim Üniversitesi
Prof. Dr. Nebahat Özerdoğan	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Prof. Dr. Sevgi ÖZKAN	Pamukkale Üniversitesi
Prof. Dr. Sevgi ÖZSOY	Adnan Menderes Üniversitesi
Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU	Sanko Üniversitesi
Prof Dr. Gülay RATHFISCH	Atlas Üniversitesi
Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN	Demiroğlu Bilim Üniversitesi
Prof. Dr. Lale TAŞKIN	Emekli Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU	Emekli Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Saadet YAZICI	İstanbul Sağlık Teknoloji Üniversitesi
Prof. Dr. Hatice YILDIZ	Marmara Üniversitesi

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

2024 YILI HAKEM LİSTESİ

Prof. Dr. İlkay BOZ	Akdeniz Üniversitesi
Prof. Dr. Anayit Margirit COŞKUN	Atlas Üniversitesi
Prof. Dr. Sena KAPLAN	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Prof. Dr. Hediye ARSLAN ÖZKAN	Yeditepe Üniversitesi
Prof. Dr. Duygu Vefik ULUÇAY YILMAZ	Prof. Dr.Mersin Üniversitesi
Prof. Dr. Hatice KAHYAOĞLU SÜT	Trakya Üniversitesi
Prof Dr. Özlem KARBULUTLU	Kafkas Üniversitesi
Doç. Dr. Halise ÇOŞKUN	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Hülya DEMİRCİ	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Doç.Dr. Yeliz DOĞAN MERİH	İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Doç. Dr. Mesude DUMAN	Dicle Üniversitesi
Doç. Dr. Gamze FIŞKIN SİYAHTAŞ	Marmara Üniversitesi
Doç. Dr. Refika GENÇ KOYUCU	İstinye Üniversitesi
Doç. Dr. Gülçin NACAR	İnönü Üniversitesi
Doç.Dr. Filiz OKUMUŞ	Emekli Öğretim Üyesi
Doç. Dr Rojgin MAMUK	Doğu Akdeniz Üniversitesi
Doç. Dr. Handan ÖZCAN	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Doç. Dr. Pelin PALAS KARACA	Balıkesir Üniversitesi
Doç. Dr. Tülay YILMAZ	İstanbul Üniversitesi/Cerrahpaşa
Dr. Öğr. Üyesi Zehra ACAR	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr.Öğr. Üyesi Ömercan AKSOY	İstanbul Topkapı Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Şükran BAŞGÖL	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Evrim BAYRAKTAR	Erciyes Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Eda CANGÖL	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Merve COŞKUN	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Serpil ABALI ÇETİN	İzmir Bakırçay Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Fatma ASLAN DEMİRTAŞ	Bandırma Onyeddi Eylül Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Yeliz DİNÇER	Zonguldak Bulent Ecevit Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Mehtap GÜMÜŞAY	Ordu Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Sevil GÜNAYDIN	İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa
Dr. Öğr. Üyesi Aytül HADIMLI	Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Dr. Öğr. Üyesi Halime Esra MERAM	Selçuk Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Canan ÖRÜKLÜ	Trakya Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba YILMAZ ESENCAN	Üsküdar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nevin UTKUALP	Bursa Uludağ Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Esra SARI	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ezgi ŞAHİN	Giresun Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Derya KAYA ŞENOL	Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Yeliz YILDIRIM VARIŞOĞLU	İstanbul Atlas Üniversitesi

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

DERGİ HAKKINDA

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED) İngilizce adı Journal of Women's Health Nursing (JOWHEN) Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği'nin süreli yayın organıdır.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği; kadın sağlığı hemşireliğini geliştirmek ve dünya standardına ulaştırmak, alana özgü eğitim ve araştırma yapmak, sonuçları hizmete yansıtmak ve kadın sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla kurulmuş olup Türkiye'de kadın sağlığı hemşireliği ile ilgili yapılan araştırmaların ulusal ve uluslararası bilim dünyasına duyurulmasına, bilim ve uygulama çevrelerince paylaşılmasına ve kadın sağlığı hemşireliğinin bilimsel bilgi birikiminin artırılmasına katkıda bulunmayı amaçlar.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED)/Journal Of Women's Health Nursing (JOWHEN) araştırma ve yayın etiğine uygun, bağımsız, tarafsız ve çift kör hakem ilkelerine uygun olarak 2015 yılından itibaren düzenli olarak yayınlanan açık erişimli bilimsel bir e-dergidir. Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir. Mart, Temmuz ve Kasım aylarında olmak üzere yılda üç sayı olarak yayınlanmaktadır.

Açık erişimli bir yayın olan Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nin tüm içeriği okurlara ücretsiz olarak sunulur. Okurlar, ticari amaç haricinde, yayıncı ya da yazardan izin almadan dergi makalelerinin tam metnini okuyabilir, indirebilir, kopyalayabilir, arayabilir ve link sağlayabilir.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde yayınlanan yazılar, resim, şekil ve tablolar yayıncının yazılı izni olmadan kısmen veya tamamen herhangi bir vasıta ile basılamaz, çoğaltılamaz. Bilimsel amaçlarla (kaynak göstermek kaydıyla) özetleme ve alıntı yapılabilir. Dergide yayınlanan yazı, şekil ve resimlerden yazarları, ilan ve reklamlardan firmaları sorumludur.

Derginin arşivine <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed> web ulaşılabilir.

İletişim Adresi/ Corresponding Address

Editör/Editor

Prof Dr. Nevin Hotun Şahin

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı
Abide-i Hürriyet Caddesi, 34381, Şişli/İSTANBUL
e-posta/e-mail: kasheddergisi@gmail.com
Tel/Phone: +90 212 224 26 18-27005
Faks/Fax: +90 212 224 49 90
Web-site: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed>

Yardımcı Editör/Associate Editor

Dr. Öğr. Üyesi Zübeyde Ekşi Güloğlu

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD Başbüyük Mh. Süreyyapaşa Başbüyük Yolu Sk. Sağlık Bilimleri Fakültesi 4 B 34854 Maltepe/İSTANBUL
e-posta/e-mail: zubeydeeksi@gmail.com
Tel/Phone: +90 216 777 57 00
Faks/Fax: +90 216 777 57 01
Web-site: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed>

AMAÇ VE KAPSAMI

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nin (KASHED) amacı; kadın sağlığı hemşireliğinin geliştirilmesi, kanıta dayalı uygulamaların paylaşılması, klinisyen ve akademisyen hemşirelerin gelişiminin sağlanması ve buna bağlı olarak ülkemizdeki kadın sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve klinisyen/akademisyen hemşirelerin bilimsel bilgi paylaşımını sağlamak ve bilimsel literature katkı sağlamaktır. Bu amaçla dergimizde; kadın sağlığına özgü, özgün araştırma, derleme makale, meta analiz ve olgu sunumları yayımlanır. Derginin hedef kitlesi klinik ve akademik alanda çalışan hemşireler, ebeler ve diğer sağlık ekibi üyeleridir.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED) açık erişimli olup hakemli ve bilimsel e-dergidir. Dergi yılda üç kez Mart, Temmuz ve Kasım aylarında yayımlanır. Dergiye gönderilen bilimsel çalışmaların yayımlanması için ücret alınmaz. Derginin tüm sayılarına <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed> adresinden ulaşılabilir.

ETİK İLKELER VE YAYIN POLİTİKASI

1-ETİK İLKELER

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (**KASHED**) yayın etiğinde en yüksek standartlara bağlıdır. Committee on Publication Ethics (COPE), Directory of Open Access Journals (DOAJ), Open Access Scholarly Publishers Association (OASPA) ve World Association of Medical Editors (WAME) ve ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tarafından yayınlanan etik yayıncılık ilkelerini benimser. Yazarlara, yazılarının etik standartlara ve uygulamalara uymasını sağlamak için EASE Yazarlar İçin Etik Kontrol Listesini kullanmaları önerilmektedir.

İnsan ve Hayvan Hakları, Bilgilendirilmiş Olur

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, yayınladığı makalelerin ticarî kaygılardan uzak ve konu ile ilgili en iyi etik ve bilimsel standartlarda olması şartını gözetmektedir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Etik kurul izni gerektiren çalışmaların etik kurul izni alması zorunludur.

Tanımlanabilir insan materyali ve verileri üzerinde yapılan araştırmalar da dahil olmak üzere insan denekleri içeren tıbbi araştırmalar için hazırlanan ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alma, gizliliklerini ve mahremiyetlerini koruma ve çalışma katılımcılarına zarar vermeme gibi durumlarda rehberlik etmesi amacıyla 2013'te değiştirilen WMA Helsinki Bildirgesi'ne uymayı prensip edinmiş bir dergidir.

Bu yüzden Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde yayınlanmak üzere gönderilen yazılarda, klinik deneylere katılan denekler ile ilgili olarak yukarıda belirtilen etik standartlara uyulduğunun mutlaka belirtilmesi gerekmektedir. Ayrıca deneyin türüne göre gerekli olan yerel veya ulusal etik komitelerden alınan onay yazıları yazı ile birlikte gönderilmelidir. Bununla birlikte deneye katılan kişi/hastalardan, hastalar eğer temyiz kudretine sahip değilse vâsilerinden yazılı bilgilendirilmiş olur alındığını belirten bir yazı ile beraber tüm yazarlar tarafından imzalanmış olan bir belgenin editöre gönderilmesi gerekmektedir. Özellikle olgu bildirimlerinde, çok gerekli olmadıkça hasta ile ilgili tanımlayıcı ayrıntılar çıkarılmalıdır. Örneğin, fotoğraflarda göz bölgesinin maskelenmesi, kimliğin gizlenmesi için yeterli değildir. Eğer veriler kimliğin gizlenmesi için değiştirildiyse yazarlar bu değişikliklerin bilimsel anlamı etkilemediği konusunda güvence vermelidirler. Olgu sunumlarında yer verilen hastalardan “bilgilendirilmiş olur (rıza)” alınmalıdır. Bilgilendirilmiş olur (rıza) alındığı da makalede belirtilmelidir.

Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin YÖNTEM (LER) bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan “bilgilendirilmiş olur (rıza)” aldıklarını belirtmek zorundadırlar.

Hayvanlarla ilgili çalışmalar için, bir etik komitesinden araştırma protokollerinin onaylanması gerekir. Etik komite, Laboratuvar Hayvanlarının Bakımı ve Kullanımı Kılavuzu (8. baskı, 2011) ve Hayvanları İçeren Biyomedikal Araştırmalar İçin Uluslararası Rehber İlkeler (2012) gibi ilgili yönergeler ve düzenlemelerle uyumlu olduklarından emin olmak için araştırma protokollerini incelemelidir. Bu yönergeler, hayvanlarla ilgili araştırmaların etik ve insancıl bir şekilde nasıl yürütüleceğine dair ayrıntılı bilgi sağlar ve bu tür araştırmalar için standart olarak yaygın olarak kabul edilir.

Çalışmada “hayvan” kullanılmış ise yazarlar, makalenin YÖNTEM(LER) bölümünde ilgili rehberler doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadırlar. Hayvan deneyleri rapor edilirken yazarlar, laboratuvar hayvanlarının bakımı ve kullanımı ile ilgili kurumsal ve ulusal rehberlere uyup uymadıklarını yazılı olarak bildirmek zorundadırlar.

Hayvanlara yönelik etik muameleye ek olarak, yazarlar ayrıca acı ve ızdırabı önlemek için alınan önlemler hakkında da bilgi sağlamalıdır. Bu, araştırmanın insancıl bir şekilde yürütülmesini sağlamak ve okuyucuların araştırmanın ilgili etik standartları karşıladığını doğrulamasını sağlamak için gereklidir. Yazarların bu bilgileri açık ve kapsamlı bir şekilde uymalarına yardımcı olmak için tasarlanmış ARRIVE kontrol listesini kullanabilirler.

İntihal ve Etik uygunsuzluk;

Dergimize benzerlik oranı en fazla %20 olan makaleler kabul edilir. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'ne gönderdiğiniz makalelerinizin benzerlik raporunu dergipark üzerinden (dergipark'ın intihal.net anlaşması kapsamında) alabilirsiniz.

Yazarların aşağıda belirtilen intihal ve etik uygunsuzluktan kaçınmaları tavsiye dilmektedir.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

Atıf Manipülasyonu: Kendine fazla atıfta bulunma, aynı dergideki makalelere çok fazla atıfta bulunma veya yığılmış atıflar eklemek gibi yöntemlerle atıf sayılarını yapay olarak şişirme uygulaması.

Kendi Kendine İntihal (Metin geridönüşümü): Bir kişinin önceki yayınlarından bölümleri veya cümleleri uygun şekilde atıf yapmadan yeniden kullanması. Bu, daha önce yayınlanmış bir çalışmayı uygun atıfta bulunmadan kullanmayı içerdiği için intihal olarak kabul edilir.

Salam Dilimleme Tekniği: Önemli bir araştırmanın birkaç küçük parçaya bölünmesi ve ayrı makaleler olarak yayınlanması, bir çalışmanın aynı hipotezlerini, popülasyonunu ve yöntemlerini birden fazla makalede bildirmeyi içerdiğinden, etik dışı olarak kabul edilir.

Veri Uydurma: Veri veya deneylerin toplanmasında hiç gerçekleşmemiş verilerin eklenmesi. Bu, yanlış bilgiyi gerçekmiş gibi sunan ciddi bir araştırma suistimali biçimi olarak kabul edilir.

Veri Manipülasyonu/Sahteciliği: Araştırma bulgularını yanlış yansıtmak amacıyla araştırma verilerinin değiştirilmesi. Buna görüntülerin manipüle edilmesi, aykırı değerleri veya "uygunsuz" sonuçların çıkarılması, veri noktalarının değiştirilmesi vb. dahildir ve bir tür araştırma suistimali olarak kabul edilir.

İntihal, atıf manipülasyonu veya veri tahrifatı/uydurması gibi iddia edilen veya şüphelenilen araştırma suistimalleri durumunda, Yayın Kurulu, iddiaların veya şüphelerin adil, şeffaf ve tutarlı bir şekilde ele alınmasını sağlamak için uygun COPE akış şemalarına göre değerlendirilecektir.

2-YAYIN POLİTİKASI

Açık Erişim Politikası

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi açık erişimli bir yayındır. Dergide yayınlanan tüm içerik [Creative Commons Atıf-NonCommercial \(CC BY-NC\) 4.0 Uluslararası Lisansı](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) altında lisanslanmıştır, bu lisans üçüncü tarafların ticari olmayan amaçlarla içeriği kullanmalarına, orijinal esere atıf yapmaları şartıyla izin verir. Bu lisans, içeriğin ticari olmayan amaçlar için paylaşılmasına ve uyarlanmasına izin vererek, dergide yayınlanan araştırmaların yayılmasını ve kullanımını teşvik eder. Okurlar yayımlanan tüm içeriğe <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed> adresinden ücretsiz olarak ulaşılabilir, ticari amaç dışında, yayıncı ya da yazardan izin almadan dergide yayınlanan makalelerinin tam metnini okuyabilir, kaydedebilir, kopyalayabilir ve link sağlayabilir.

Arşivleme Politikası Yazarlar kendi makalelerini yayımlanmış son sürümü olmak kaydıyla bireysel veya kurumsal olarak arşivleyebilirler. (yazarın kişisel web sitesi/kurumsal havuz) Ayrıca, yazarlardan, depolanan sürümden derginin web sitesinin URL'sine bir bağlantı sağlamaları istenir. Bu gereklilik, bilimsel kaydın bütünlüğünü ve gerçekliğini korumak için tasarlanmıştır ve yayıncının web sitesinde çevrimiçi olarak yayınlanan sürüm, kaydın kesin sürümü olarak açıkça belirtilir.

Yayın Ücreti Politikası

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED hiçbir ad altında yazar veya bağlı bulunduğu kurumdan ücret alınmaz. Yazarlardan makale değerlendirme ve yayın sürecinde yazarlardan herhangi bir ücret talep etmez.

İntihal Politikası

Gönderilen tüm makaleler orijinal, yayınlanmamış ve başka bir dergide değerlendirme sürecinde olmamalıdır. Çalışmaların başka kaynaklarla, referans gösterilmeden benzeşmesi ve bu haliyle yayına alınması etik olmamasının yanında suçtur ve kabul edilemez. Bu sebeple yayın politikaları gereği, Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi yayımlanacak olan bütün çalışmaları sisteme başvurusu sırasında sistem üzerinden intihal raporunu belirtmek zorunda olup bu oranın dergimiz için % 20'nin altında olması dergi editörü tarafından kabul görmektedir. Belirlenen bu oranının üzerinde olan makaleler/derlemeler yazar(lar)a iade edilir. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde gönderilen makaleleri intihal yazılımı ile denetleme hakkı saklıdır. Yayın Kurulu, dergiye gönderilen çalışmalarla ilgili aşırma, atıf manipülasyonu ve veri sahteciliği iddia ve şüpheleri karşısında COPE kurallarına uygun olarak hareket eder.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

Telif Hakkı Politikası

Tüm makalelerle birlikte Yayın Hakkı Devir Formu dodurularak sisteme yüklenmelidir. Yazarlar makalelerinin Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi 'sinde yayınlanmak üzere kabul edilmesi halinde yazarlar Yayın Hakkı Devir Formu'nu imzalayarak **Creative Commons Atıf-GayriTicari-Aynı Lisansla Paylaş 4.0 Uluslararası Lisansı (CC BY-NC-ND)** kapsamında lisanslanacağını kabul ederler. Yazarların, basılı ve elektronik formatlardaki herhangi bir içeriği kullanmak için telif hakkı sahiplerinden izin almaları gerekir. Yazarlar, telif hakkı ihlali ile ilgili hukuki, mali ve cezai sorumlulukları üstlenirler. Yazarlar, Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde yayınlanan çalışmalarının telif hakkını saklı tutarlar.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde yayınlanmış veya yayınlanmak üzere kabul edilmiş tüm makalelerin yayın hakkı Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği'ne aittir. Yayın Kurulunun izni olmadan makalelerin tümü veya herhangi bir bölümü, tabloları, resim/şekilleri hiç bir yerde yayınlanamaz.

Yayınlanan çalışmanın tüm hakları Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği'ne ait olduğundan, alıntı yapıldığında derginin kaynak gösterilmesi zorunludur. Makalelerin bilimsel sorumluluğu yazar(lar)a aittir; bilimsel içerikten Dergi Yayın Kurulu sorumlu tutulamaz. İncelenmek üzere KASHED'e gönderilen makalelerin daha önce başka bir yerde yayınlanmamış olması veya yayınlanma sürecinde olmaması gerekir. KASHED'de yayınlanan makaleler için yazarlara ücret ödenmez veya yazarlardan ücret alınmaz.

Dergimize yayınlanmak üzere makale gönderen yazarlardan "**Yayın Hakkı Devir Formu**" 'nu doldurmaları ve ıslak imzalı halini tarayıp makale dosyaları ile birlikte pdf formatında sisteme yüklemeleri gerekmektedir. "Telif Hakkı Devir Formunu" iletmeyen yazarların çalışmaları yayınlanmaz.

Derginin yayın süreçleri, Uluslararası Tıbbi Dergileri Editörler Kurulu (ICMJE), Dünya Tıbbi Editörler Derneği (WAME), Bilim Editörleri Konseyi (CSE), Yayın Etiği Kurulu (COPE), Avrupa Bilim Editörleri Derneği (EASE) ve Ulusal Bilgi Standartları örgütü (NISO) kılavuzları uyarınca yürütülür. Yazarların telif hakkı dışında kalan bütün tescil edilmemiş hakları, çalışmayı satmamak koşulu ile kendi amaçları için çoğaltma hakkı, yazarın kendi kitap ve diğer akademik çalışmalarında kaynak göstermesi koşulu ile çalışmanın tümü ya da bir bölümünü kullanma hakkı, çalışma künyesini belirtmek koşulu ile kişisel web sitelerinde veya üniversitesinin açık arşivinde bulundurma hakkı gibi hakları saklıdır. Yazarlar, basılı ya da elektronik formdaki tablo, resim vb. dahil, her türlü içeriği kullanırken telif hakkı sahibinden izin almalıdırlar. Bu konudaki yasal, mali ve cezai sorumluluk yazarlara aittir.

Çıkar Çatışması Poitikası

Makalede doğrudan veya dolaylı ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kaynak sayfasında, kullanılan ticari ürün, ilaç, ilaç firması v.b. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını veya varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar) bildirmek zorundadır.

Buna göre, yazar, hakem ya da editör sorumluluklarını aşırı düzeyde ve/veya haksızlığa yol açabilecek düzeyde etkileyebilecek ya da etkileyebileceği olası bir çıkar rekabeti içindeyse, çıkar çatışması söz konusudur ve bunun açıklanması gerekir. Açıklanması öngörülen çıkar çatışması tipleri, finansal bağlar, akademik taahhütler, kişisel ilişkiler, politik ya da dini inançlar, kurumsal bağlantılardır. Çıkar çatışması söz konusuysa bu makalede açıklanmalıdır.

Dergimize yayınlanmak üzere makale gönderen yazarlardan araştırmalara yapılan her türlü yardım ve diğer desteklerin alındığı kişi ve kuruluşlar yayın kuruluna beyan edilmeli ve çıkar çatışmasıyla ilgili durumları açıklamak amacıyla "ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu" doldurulmalı ve sisteme yüklenmelidir (<https://icmje.org/disclosure-of-interest/>).

Çıkar çatışmalarının önlenmesi adına editörler de, çalışmaların değerlendirilmesi sırasında aralarında herhangi bir ilişki bulunabilecek kişileri bir araya getirmekten kaçınmalıdır. Makaleler hakkında son kararı veren bu editörlerin de karar verecekleri konulardan hiçbiri ile kişisel, profesyonel veya finansal bağlarının olmaması gerekir. Kişiler makalelerin etik ilkeler çerçevesinde değerlendirilebilmesi ve bağımsız bir süreç yürütülebilmesi için olası çıkar çatışmalarından yayın kurulunu bilgilendirmelidir.

Yapay Zekanın Kullanımı Politikası

Kadın sağlığı Hemşireliği Dergisi makale hazırlamada yapay zeka destekli teknolojinin kullanımıyla ilgili olarak Yayın Etiği Komitesi (COPE) tarafından belirtilen yönergeleri takip eder. Yazarlık, yalnızca insanlar tarafından gerçekleştirilebilen bir dizi görevi kapsar ve yazarlar makalenin özgünlüğünü sağlamaktan ve yazarlık için gereken niteliklere sahip olmaktan sorumludur. Yapay zeka makale yazma süreci sırasında dil düzeltmeleri için kullanılabilirken (ve bu makalede açıkça belirtilmelidir), makalenin özgünlüğünü ve kalitesini korumak için önemli olduğundan yazar olarak dahil edilemez.

Yayın Süreci Politikası

- Başvurular öncelikle, derginin editörü tarafından ön inceleme yapıp yazım ve dil editörlerine atanacaktır. Yazım ve dil editörleri makalenin derginin yazım kurallarına uygun olup olmadığını değerlendirir. Yazım kurallarına uymayan başvurularda yazara düzeltilmesi için gönderilir. Teknik açıdan değerlendirmesi tamamlanan makaleler editöre gönderilir.
- Editör; başvuruları, içerik ve kalite açısından uygunluğunu değerlendirir ve uygun olmayan başvurular bu aşamada kabul edilmeyebilir.
- Dergiye uygun makaleler için editör yardımcı editör atayacak ve yardımcı editörler hakemleri atayarak değerlendirme sürecini editörle birlikte yürütecektir. Yardımcı editörlerin makaleyi ret etme, gerekli görüldüğünde daha fazla hakeme gönderme ve revizyon talep etme yetkileri bulunmaktadır.
- Dergiye gelen tüm yazıların değerlendirmesi **çift kör hakem değerlendirmesi (Double blind review)** ile yapılmaktadır. Çift kör hakem değerlendirme (*Double blind review*) süreci, çalışmanın tamamen kime ait olduğunun belli olmadığı, bilimsel yayınların kalitesini artırmak ve nesnel şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır. Çift kör hakem değerlendirmesinde; sadece editörler her aşamayı bilmekte, hem yazarlar çalışmasını değerlendirecek hakemin kim olduğunu bilmemekte, hem de hakemler kimin çalışmasını değerlendirdiklerini bilmemektedirler. Çift kör hakem değerlendirmesi, bilimsel yayınların kalitesini arttırmakla birlikte tarafsız bir şekilde yazıların değerlendirilmesini sağlamaktadır.
- Yardımcı editörler hakem raporları değerlendirmelerinden sonra makale editöre gönderecektir. Bu aşamada gerekli görüldüğü takdirde yeni hakem ataması yapılabilir. Tüm hakem değerlendirme süreçleri bittikten sonra yazara editöryel karar hakem raporları gönderilecektir. Hakem değerlendirme raporları hiçbir ortamda kamuya açık olarak yayınlanmayacaktır. Editörler ve hakemler arasındaki iletişim, üçüncü taraflarla paylaşılması gereken gizli bilgiler içerir.
- Makale hakkındaki editöryel karar (Minör Revizyon/Majör Revizyon/Ret) yazara iletdikten sonra; yazarlar tüm bilgileri (kararı; hakem raporlarını, editör inceleme raporlarını ve gerekli tarihleri) sistemden görebilirler ve ek süre talebinde bulunabilirler.
- Yazarlar revizyon dosyasını sisteme yüklerken hakemlerin eleştirisi ve katkıları ve altına da yapılan değişiklikleri (hakemin yorumu-yazarın cevabı olacak şekilde) gerekçeleri ile birlikte eklemelidir. (hakemin yorumu ve yazarın cevabı açıklama kısımlarından veya satır numarası vererek yapılmalıdır. Ayrıca yapılan düzeltmelerde hakeme cevap dosyası ayrıca hazırlanmalıdır.
- Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde yazarlık konusunda ICMJE önerilerini benimsemektedir. Yazar", yayımlanmış bir çalışmaya bağımsız entelektüel katkı sağlayan kişi olarak kabul edilir ve yazarlık ölçütü olarak ICMJE kriterini karşılaması gerekmektedir: Kriterleri karşılayan yazarlar başvuru esnasında "[Yazar Katkı Formu](#)"nu doldurarak ıslak imza ile imzalamaları gerekmektedir.
- Değerlendirme süreci başlamış bir çalışmada, yazarların çıkarılması veya eklenmesi veya yazarların sırasındaki değişiklikler gibi yazarlıktaki herhangi bir değişiklik talebi kabul edilmeyecektir.
- Yazarlar başvuru esnasında "**ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu**" 'nu imzalayarak herhangi bir çıkar çatışması olmadığını belirtmiş olurlar.
- Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi yazarların araştırmalarını yürütmek için aldıkları tüm finansal desteği açıklamalarını gerektirir. Bu bilgi kapak sayfasında ve makalenin ilgili bölümünde açıkça belirtilmelidir.
- Finansman beyanı, herhangi bir hibe kuruluşunun adını, hibe numaralarını ve her bir fon sağlayıcının araştırmadaki rolünün açıklamasını içermelidir. Finansal destek alınmadıysa bile makalede bildirilmelidir.
- Yayın sonrası düzeltme ve geri çekme talepleri editöryel incelemeye tabidir. Bir düzeltme yayınlama kararı, hatanın niteliğine, makale üzerindeki potansiyel etkisine ve destekleyici kanıtların mevcudiyetine dayanacaktır. Editör kurulu ayrıca kararını vermek için gerektiğinde yazarlara, hakemlere ve diğer uzmanlara danışabilir. Editör Kurulu, bu tür durumlarda, dergi politikaları, ICMJE ve COPE yönergelerine uygun olarak inceler.
- Yazarın geri çekme talebi derginin editör kurulu tarafından incelenir. Bir makalenin geri çekilmesini talep etmek için yazarlar, tüm yazarlar tarafından imzalanmış bir mektubu, taleplerini ve geri çekme nedenlerini belirterek dergi editörüne göndermelidir. Editör kurulu daha sonra talebi inceleyecek ve yazarların belirttiği nedenlere dayanarak bir karar verecektir. Talep onaylanırsa, makale dergiden geri

çekilecek ve yazarlara karar bildirilecektir. Yazarların geri çekme talebi onaylanana kadar çalışmalarını değerlendirme için başka bir dergiye göndermemeleri gerektiğini unutmamak önemlidir. (geri çekme formu ekle)

- Derginin editör kurulu, COPE yönergeleri ve tavsiyelerine uygun olarak itirazları ve şikayetleri ele almaktan sorumludur. Bir yazarın itirazı veya şikayeti varsa, endişelerini görüşmek üzere doğrudan editörle iletişime geçmelidir. Editör kurulu şikayeti inceleyecek ve COPE yönergelerine göre bir karar verecektir.

3-ETİK SORUMLULUKLAR

Yazar(lar)ın Etik Sorumluluğu

- Makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Yazarlar makalelerde araştırma ve yayın etiğine uyulduğuna dair ifadeye yer verilmelidir.
- Yazar(lar)ın gönderdikleri çalışmaların özgün olması beklenmektedir. Yazar(lar)ın başka çalışmalardan yararlanmaları veya başka çalışmaları kullanmaları durumunda eksiksiz ve doğru bir biçimde atıfta bulunmaları ve/veya alıntı yapmaları gerekmektedir.
- Yazar(lar) makalenin orijinal olduğu, daha önce başka bir yerde yayınlanmadığı ve başka bir yerde, başka bir dilde yayınlanmak üzere değerlendirmede olmadığı konusunda teminat sağlamalıdır.
- Yazar(lar)ın çalışmayla ilişkili verilerin doğruluğundan emin olması, araştırmasına ilişkin kayıtlarını düzenli tutması ve değerlendirme süreçleri çerçevesinde bu verileri yayın kuru'na sunmaya hazır olmalıdır.
- Telifte bağlı materyaller (örneğin tablolar, şekiller veya büyük alıntılar) gerekli izin ve teşekkürler kullanılmalıdır. Başka yazarların, katkıda bulunanların çalışmaları ya da yararlanan kaynaklar doğru ve uygun bir biçimde kullanılmalı ve referanslarda belirtilmelidir.
- Gönderilen makalede tüm yazarların akademik ve bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır. Yazar olarak gösterilen tüm bireyler yazar olma ölçütleri karşılmalıdır.(Bu bağlamda “yazar” yayınlanan bir araştırmanın kavramsallaştırılmasına, planlamasına ve desenine, verilerin elde edilmesine/uygulanmasına, analizine ve yorumlanmasına belirgin katkı yapan, yazının yazılması ya da içerik açısından eleştirel biçimde gözden geçirilmesi aşamalarının biri ya da bir kaçında görev yapan çalışmacı olarak görülür.)
- Yazarlık ölçütlerini tam karşılamayan ve çalışmaya katkı sağlayanlar varsa teşekkür bölümünde belirtilmelidir. Fon/teknik destek sağlanması, veri toplanması ya da araştırma grubunun genel süpervizyonu tek başına yazarlık hakkı kazandırmaz. Yazarlık için yeterli ölçütleri karşılamayan ancak çalışmaya katkısı olan tüm bireyler “teşekkür / bilgiler” kısmında finansal ve materyal destekleri de belirtilmelidir. Teşekkür (acknowledgement) kısmında belirtilecek bu bireylerden de yazılı izin alınması gerekmektedir.
- Çok yazarlı makalelerde **yazarların araştırmaya katkıları** (fikir oluşturma, planlama, çalışmanın tasarımı, uygulama, istatistik, yazım gibi) [Yazar Katkı Formu](#)'nda belirtilerek, editör kuruluna iletilmelidir. Makalenin gönderilme aşamasında, sistemde bulunan Yazar Katkı Formu ıslak imzalı olarak doldurularak sisteme makale ile birlikte yüklenmesi gerekmektedir.
- Çok merkezli çalışmalarda grubun tüm üyelerinin yukarıda belirtilen şartları karşılaması gereklidir. Yazarların isim sıralaması ortak verilen bir karar olmalıdır. Tüm yazarlar yazar sıralamasını KASHED Yayın Hakkı Devir Formu'nu ıslak imzalı olarak belirtmek zorundadırlar. Yazarların tümünün ismi yazının başlığının altındaki bölümde yer almalıdır. Dergiye makale gönderildikten sonra yazar sırası değiştime, yazar ekleme veya çıkarma yapılamaz. Ayrıca gönderilen yazar sırası değiştirilemez.
- Makaleye ilişkin etik kurul onayı ve katılımcılardan alınan bilgilendirilmiş olur gibi araştırma etiği uygulamalarının ayrıntıları, makalenin “Yöntem” kısmında ve makalenin son sayfasında(kaynaklardan önce) izinle ilgili bilgiler (kurul adı, tarih ve sayı no) yer verilmelidir. İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalarda ‘Etik Kurul Onayı’nın alınması gerekmekte olup etik kurul onayının sisteme makale ile birlikte yüklenmesi zorunludur.
- Çalışmalarda Araştırma ve Yayın Etiğine uyulduğuna dair ifadeye yer verilmelidir. Olgu sunumlarında, bilgilendirilmiş gönüllü olur/onam formunun imzalandığına dair bilgiye makalede yer verilmesi gereklidir.

- Yazar(lar)ın kullanım hakkı için izin alınması gereken verilerde (tablo, şekil, resim vb) gerekli iznin alınması (bunu teşekkür bölümünde belirtmek koşuluyla) ve deney yapılan katılımcıların izninin alındığını gösteren belgeye sahip olunması gerekmektedir.
- İnsan veya hayvan denek içeren tüm çalışmalar için ulusal ve uluslararası yasalara ve yönergelere uygun olarak, (örneğin, WMA Helsinki Bildirgesi, NIH Laboratuvar Hayvanlarının Kullanımına İlişkin Politika, Hayvanların Kullanımına İlişkin AB Direktifi ile T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yönetmeliklerine uygun olarak) gerekli onayların alındığının belirtilmesi, denek mahremiyetine saygı gösterilmesi gerekmektedir.
- Bütün yazarlar, araştırmanın sonuçlarını ya da bilimsel değerlendirmeyi etkileyebilme potansiyeli olan finansal ilişkiler, çıkar çatışması ve çıkar rekabetini beyan etmelidirler. Araştırma için alınmış finansal destek, bağış vb. yardım söz konusu ise teşekkür bölümünde ve kaynaklardan önceki bölümde belirtilmelidir.
- Yazar(lar)ın yayınlanmış, erken baskı (1ay) veya değerlendirme aşamasındaki çalışmasıyla ilgili yanlış bir durumu fark etmesi durumunda, dergi editörünü veya sekreterliğini bilgilendirmesi, düzeltme veya geri çekme işlemlerinde editörle işbirliği yapma yükümlülüğü bulunmaktadır.

Editörün Etik Sorumluluğu

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi editör ve alan editörleri, açık erişim olarak Committee on Publication Ethics (COPE) tarafından yayınlanan "COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors" ve "COPE Best Practice Guidelines for Journal Editors" rehberleri temelinde aşağıdaki etik görev ve sorumluluklara sahip olmalıdır.

Genel görev ve sorumluluklar

Editörler, Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisinde yayınlanan her yayından sorumludur. Bu sorumlulukla ilgili editörler, aşağıdaki rol ve yükümlülükleri taşımaktadır:

- Okuyucuların ve yazarların bilgi ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik çaba sarf etme,
- Sürekli olarak derginin gelişimini sağlama,
- Dergide yayınlanan çalışmaların kalitesini geliştirmeye yönelik süreçleri yürütme,
- Düşünce özgürlüğünü destekleme,
- Akademik açıdan bütünlüğü sağlanma,
- Fikri mülkiyet hakları ve etik standartlardan taviz vermeden iş süreçlerini devam ettirme,
- Düzeltme, açıklama gerektiren konularda yayın açısından açıklık ve şeffaflık gösterme.

Okuyucu ile ilişkiler

Editörler tüm okuyucu, araştırmacı ve uygulayıcıların ihtiyaç duydukları bilgi, beceri ve deneyim beklentilerini dikkate alarak karar vermelidir. Yayınlanan çalışmaların okuyucu, araştırmacı, uygulayıcı ve bilimsel literatüre katkı sağlamasına ve özgün nitelikte olmasına dikkat etmelidir. Ayrıca editörler okuyucu, araştırmacı ve uygulayıcılardan gelen geri bildirimleri dikkate almak, açıklayıcı ve bilgilendirici geri bildirim vermekle yükümlüdür.

Yazarlar ile ilişkiler

Editörlerin yazarlara karşı görev ve sorumlulukları aşağıdaki şekildedir:

- Editörler, çalışmaların önemi, özgün değeri, geçerliliği, anlatımın açıklığı ve derginin amaç ve hedeflerine dayanarak olumlu ya da olumsuz karar vermelidir.
- Yayın kapsamına uygun olan çalışmaların ciddi problemi olmadığı sürece ön değerlendirme aşamasına alınmalıdır.
- Editörler, çalışma ile ilgili ciddi bir sorun olmadıkça, olumlu yöndeki hakem önerilerini göz ardı etmemelidir.
- Yeni editörler, çalışmalara yönelik olarak önceki editör(ler) tarafından verilen kararları ciddi bir sorun olmadıkça değiştirmemelidir.
- "Çift Kör Hakemlik ve Değerlendirme Süreci" mutlaka yayınlanmalı ve editörler tanımlanan süreçlerde yaşanabilecek sapmaların önüne geçmelidir.

- Yazarlara açıklayıcı ve bilgilendirici şekilde bildirim ve dönüş sağlanmalıdır.

Hakemler ile ilişkiler

Editörlerin hakemlere karşı görev ve sorumlulukları aşağıdaki şekildedir:

- Hakemleri çalışmanın konusuna uygun olarak belirlemelidir.
- Hakemlerin değerlendirme aşamasında ihtiyaç duyacakları bilgi ve rehberleri sağlamakla yükümlüdür.
- Yazarlar ve hakemler arasında çıkar çatışması olup olmadığını gözetmek durumundadır.
- Çift kör hakemlik sistemi bağlamında hakemlerin kimlik bilgilerini gizli tutmalıdır.
- Hakemleri tarafsız, bilimsel ve nesnel bir dille çalışmayı değerlendirmeleri için teşvik etmelidir.

- Hakemlerin performansını artırıcı uygulama ve politikalar belirlemelidir.
- Hakem havuzunun dinamik şekilde güncellenmesi konusunda gerekli adımları atmalıdır.
- Nezaketsiz ve bilimsel olmayan değerlendirmeleri engellemelidir.
- Hakem havuzunun geniş bir yelpazeden oluşması için adımlar atmalıdır.

Yayın Kurulu ile İlişkiler

Editörler, tüm yayın kurulu üyelerinin süreçleri yayın politikaları ve yönergelere uygun ilerletmesini sağlamalıdır. Yayın kurulu üyelerini yayın politikaları hakkında bilgilendirmeli ve gelişmelerden haberdar etmelidir. Ayrıca editörler;

Yayın kurulu üyelerinin çalışmaları tarafsız ve bağımsız olarak değerlendirmelerini sağlamalıdır.

Yeni yayın kurulu üyelerini, katkı sağlayabilir ve uygun nitelikte belirlemelidir.

Yayın kurulu üyelerinin uzmanlık alanına uygun çalışmaları değerlendirme için göndermelidir.

Yayın kurulu ile düzenli olarak etkileşim içerisinde olmalıdır.

Yayın kurulu ile belirli aralıklarla yayın politikalarının ve derginin gelişimi için toplantılar düzenlemelidir.

Dergi Sahibi ve Yayıncı ile İlişkiler

Editörler ve yayıncı arasındaki ilişki editoryal bağımsızlık ilkesine dayanmaktadır. Editörler ile yayıncı arasında yapılan yazılı sözleşme gereği, editörlerin alacağı tüm kararlar yayıncı ve dergi sahibinden bağımsızdır.

Editoryal ve Çift Kör Hakemlik Süreçleri

Editörler; dergi yayın politikalarında yer alan "Kör Hakemlik ve Değerlendirme Süreci" politikalarını uygulamakla yükümlüdür. Bu bağlamda editörler her çalışmanın adil, tarafsız ve zamanında değerlendirme sürecinin tamamlanmasını sağlar.

Kalite Güvencesi

Editörler; dergide yayınlanan her makalenin dergi yayın politikaları ve uluslararası standartlara uygun olarak yayınlanmasından sorumludur. Editörler; dergide yayınlanan her makalenin dergi yayın politikaları ve uluslararası standartlara uygun olarak yayınlanmasından sorumludur.

Kişisel Verilerin Korunması

Editörler; değerlendirilen çalışmalarda yer alan deneklere veya görsellere ilişkin kişisel verilerin korunmasını sağlamakla yükümlüdür. Çalışmalarda kullanılan bireylerin açık rızası belgeli olmadığı sürece çalışmayı reddetmekle görevlidir. Ayrıca editörler; yazar, hakem ve okuyucuların bireysel verilerini korumaktan sorumludur.

Etik Kurul, İnsan ve Hayvan Hakları

Editörler; değerlendirilen çalışmalarda insan ve hayvan haklarının korunmasını sağlamakla yükümlüdür. Çalışmalarda kullanılan deneklere ilişkin etik kurul onayı, deneysel araştırmalara ilişkin izinlerin olmadığı durumlarda çalışmayı reddetmekle sorumludur.

Olası Suistimal ve Görevi Kötüye Kullanmaya Karşı Önlem

Editörler; olası suistimal ve görevi kötüye kullanma işlemlerine karşı önlem almakla yükümlüdür. Bu duruma yönelik şikâyetlerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi konusunda titiz ve nesnel bir soruşturma yapmanın yanı sıra, konuyla ilgili bulguların paylaşılması editörün sorumlulukları arasında yer almaktadır.

Akademik Yayın Bütünlüğünü Sağlamak

Editörler çalışmalarda yer alan hata, tutarsızlık ya da yanlış yönlendirme içeren yargıların hızlı bir şekilde düzeltilmesini sağlamalıdır.

Fikri Mülkiyet Haklarının Korunması

Editörler; yayınlanan tüm makalelerin fikri mülkiyet hakkını korumakla, olası ihlallerde derginin ve yazar(lar)ın haklarını savunmakla yükümlüdür. Ayrıca editörler yayınlanan tüm makalelerdeki içeriklerin başka yayınların fikri mülkiyet haklarını ihlal etmemesi adına gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

Yapıcılık ve Tartışmaya Açıklık

Dergide yayınlanan eserlere ilişkin ikna edici eleştirileri dikkate almalı ve bu eleştirilere yönelik yapıcı bir tutum sergilemelidir. Eleştirilen çalışmaların yazar(lar)ına cevap hakkı tanınmalıdır. Olumsuz sonuçlar içeren çalışmaları göz ardı etmemeli ya da dışlamamalıdır.

Şikayetler

Editörler; yazar, hakem veya okuyuculardan gelen şikayetleri dikkatlice inceleyerek aydınlatıcı ve açıklayıcı bir şekilde yanıt vermekle yükümlüdür.

Politik ve Ticari kaygılar

Dergi sahibi, yayıncı ve diğer hiçbir politik ve ticari unsur, editörlerin bağımsız karar almalarını etkilemez.

Çıkar çatışmaları

Editörler; yazar(lar), hakemler ve diğer editörler arasındaki çıkar çatışmalarını göz önünde bulundurarak, çalışmaların yayın sürecinin bağımsız ve tarafsız bir şekilde tamamlanmasını garanti eder.

Hakemlerin Etik Sorumlulukları

Tüm çalışmaların "Çift Kör Hakemlik" ile değerlendirilmesi yayın kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bu süreç yayının nesnel ve bağımsız değerlendirilmesi ile güven sağlar. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi değerlendirme süreci çift taraflı kör hakemlik ilkesiyle yürütülür. Hakemler yazar ile iletişime geçmez ve yazar ile iletişimi dergi yönetimi yapar. Kadın sağlığı Hemşireliği Dergisi için çalışma değerlendiren hakemlerin aşağıdaki etik sorumluluklara sahip olması beklenmektedir:

- Hakemler makaleleri, yazarların etnik kökeninden, cinsiyetinden, cinsel yöneliminden, uyruğundan, dini inancından ve siyasi felsefesinden bağımsız olarak değerlendirmelidirler.
- Gönderilmiş yazılara ilişkin tüm bilginin gizli tutulmasını sağlamalı ve yazar tarafında herhangi bir telif hakkı ihlali ve intihal fark ederlerse editöre raporlamalıdır.
- Değerlendirme sürecinde çıkar çatışması ile karşı karşıya olduğunu düşünürse, çalışmayı incelemeyi reddederek, dergi editörünü bilgilendirmelidir.
- Değerlendirmelerinin sonucunda tarafsız bir yargıya varmalıdırlar.
- Hakemler, gönderilen makaleye ilişkin tüm bilgileri gizli tutmalıdır.
- Hakem, makale konusu hakkında kendini vasıflı hissetmiyor ya da zamanında geri dönüş sağlaması mümkün görünmüyorsa, editöre bu durumu bildirmeli ve hakem sürecine kendisini dâhil etmemesini istemelidir.
- Yayınlanacak makalenin kalitesini yükseltmeye yardımcı olacak yönlendirmelerde bulunmalı, çalışmayı titizlikle inceleyerek, yorumlarını yapıcı ve nazik bir dille yazara iletmelidir.
- Hakemlerin makaleleri kendileri için kopyalamaları uygun olmayıp, editörün izni olmadan makaleyi başkasıyla da paylaşmamaları gerekir.
- Yazarın ve editörün izni olmadan hakemlerin gözden geçirmeleri basılamaz ve açıklanamaz.
- Gizlilik ilkesi gereği hakemler, değerlendirme süreci tamamlandıktan sonra makalelerin kopyalarını yok etmeli veya editöre göndermelidir.
- Editör, ret yanıtı verilen veya geri gönderilen makalelerin kopyalarını yok etmelidir.
- Potansiyel çıkar çatışmalarının (mali, kurumsal, işbirlikçi ya da yazar/yazarlar arasındaki diğer ilişkiler) farkında olmalı ve gerekirse bu konuda editörleri uyarmalıdır.

Yayıncının Etik Sorumlulukları

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED) Editörleri ve Yayın Kurulu aşağıdaki etik sorumlulukların bilinciyle hareket etmektedir:

- Editörler gönderilen çalışmaların tüm süreçlerinden sorumludur. Bu çerçevede ekonomik ya da politik kazançlar göz önüne alınmaksızın karar verici kişiler editörlerdir.
- Bağımsız editör kararı oluşturulmasını taahhüt eder.
- Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde yayınlanmış her makalenin mülkiyet ve telif hakkını korur ve yayınlanmış her kopyanın kaydını saklama yükümlüğünü üstlenir.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ
YAZIM KILAVUZU

1-ETİK İLKELER

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (**KASHED**) yayın etiğinde en yüksek standartlara bağlıdır. Committee on Publication Ethics (COPE), Directory of Open Access Journals (DOAJ), Open Access Scholarly Publishers Association (OASPA) ve World Association of Medical Editors (WAME) ve ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) tarafından yayınlanan etik yayıncılık ilkelerini benimser. Yazarlara, yazılarının etik standartlara ve uygulamalara uymasını sağlamak için EASE Yazarlar İçin Etik Kontrol Listesini kullanmaları önerilmektedir.

İnsan ve Hayvan Hakları, Bilgilendirilmiş Olur

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, yayınladığı makalelerin ticarî kaygılardan uzak ve konu ile ilgili en iyi etik ve bilimsel standartlarda olması şartını gözetmektedir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Etik kurul izni gerektiren çalışmaların etik kurul izni alması zorunludur.

Tanımlanabilir insan materyali ve verileri üzerinde yapılan araştırmalar da dahil olmak üzere insan denekleri içeren tıbbi araştırmalar için hazırlanan ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alma, gizliliklerini ve mahremiyetlerini koruma ve çalışma katılımcılarına zarar vermeme gibi durumlarda rehberlik etmesi amacıyla 2013'te değiştirilen WMA Helsinki Bildirgesi'ne uymayı prensip edinmiş bir dergidir.

Bu yüzden Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'nde yayınlanmak üzere gönderilen yazılarda, klinik deneylere katılan denekler ile ilgili olarak yukarıda belirtilen etik standartlara uyulduğunun mutlaka belirtilmesi gerekmektedir. Ayrıca deneyin türüne göre gerekli olan yerel veya ulusal etik komitelerden alınan onay yazıları yazı ile birlikte gönderilmelidir. Bununla birlikte deneye katılan kişi/hastalardan, hastalar eğer temyiz kudretine sahip değilse vâsilerinden yazılı bilgilendirilmiş olur alındığını belirten bir yazı ile beraber tüm yazarlar tarafından imzalanmış olan bir belgenin editöre gönderilmesi gerekmektedir. Özellikle olgu bildirimlerinde, çok gerekli olmadıkça hasta ile ilgili tanımlayıcı ayrıntılar çıkarılmalıdır. Örneğin, fotoğraflarda göz bölgesinin maskelenmesi, kimliğin gizlenmesi için yeterli değildir. Eğer veriler kimliğin gizlenmesi için değiştirildiyse yazarlar bu değişikliklerin bilimsel anlamı etkilemediği konusunda güvence vermelidirler. Olgu sunumlarında yer verilen hastalardan “bilgilendirilmiş olur (rıza)” alınmalıdır. Bilgilendirilmiş olur (rıza) alındığı da makalede belirtilmelidir.

Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin YÖNTEM (LER) bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan “bilgilendirilmiş olur (rıza)” aldıklarını belirtmek zorundadırlar.

Hayvanlarla ilgili çalışmalar için, bir etik komitesinden araştırma protokollerinin onaylanması gerekir. Etik komite, Laboratuvar Hayvanlarının Bakımı ve Kullanımı Kılavuzu (8. baskı, 2011) ve Hayvanları İçeren Biyomedikal Araştırmalar İçin Uluslararası Rehber İlkeler (2012) gibi ilgili yönergeler ve düzenlemelerle uyumlu olduklarından emin olmak için araştırma protokollerini incelemelidir. Bu yönergeler, hayvanlarla ilgili araştırmaların etik ve insancıl bir şekilde nasıl yürütüleceğine dair ayrıntılı bilgi sağlar ve bu tür araştırmalar için standart olarak yaygın olarak kabul edilir.

Çalışmada “hayvan” kullanılmış ise yazarlar, makalenin YÖNTEM(LER) bölümünde ilgili rehberler doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadırlar. Hayvan deneyleri rapor edilirken yazarlar, laboratuvar hayvanlarının bakımı ve kullanımı ile ilgili kurumsal ve ulusal rehberlere uyup uymadıklarını yazılı olarak bildirmek zorundadırlar.

Hayvanlara yönelik etik muameleye ek olarak, yazarlar ayrıca acı ve ızdırabı önlemek için alınan önlemler hakkında da bilgi sağlamalıdır. Bu, araştırmanın insancıl bir şekilde yürütülmesini sağlamak ve okuyucuların araştırmanın ilgili etik standartları karşıladığını doğrulamasını sağlamak için gereklidir. Yazarların bu bilgileri açık ve kapsamlı bir şekilde uymalarına yardımcı olmak için tasarlanmış ARRIVE kontrol listesini kullanabilirler.

İntihal ve Etik uygunsuzluk;

Dergimize benzerlik oranı en fazla %20 olan makaleler kabul edilir. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'ne gönderdiğiniz makalelerinizin benzerlik raporunu dergipark üzerinden (dergipark'ın intihal.net anlaşması kapsamında) alabilirsiniz.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)

JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

Açık Erişim

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi açık erişimli bir yayındır. Dergide yayınlanan tüm içerik [Creative Commons Atıf-NonCommercial \(CC BY-NC\) 4.0 Uluslararası Lisansı](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) altında lisanslanmıştır, bu lisans üçüncü tarafların ticari olmayan amaçlarla içeriği kullanmalarına, orijinal esere atıf yapmaları şartıyla izin verir. Bu lisans, içeriğin ticari olmayan amaçlar için paylaşılmasına ve uyarlanmasına izin vererek, dergide yayımlanan araştırmaların yayılmasını ve kullanımını teşvik eder. Okurlar yayımlanan tüm içeriğe <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed> adresinden ücretsiz olarak ulaşılabilir, ticari amaç dışında, yayıncı ya da yazardan izin almadan dergide yayımlanan makalelerinin tam metnini okuyabilir, kaydedebilir, kopyalayabilir ve link sağlayabilir.

Yayın Ücreti

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi (KASHED hiçbir ad altında yazar veya bağlı bulunduğu kurumdan ücret alınmaz. Yazarlardan makale değerlendirme ve yayın sürecinde yazarlardan herhangi bir ücret talep etmez.

MAKALE HAZIRLAMA

MAKALE TİPLERİ

Araştırma Makalesi

Orijinal araştırma makaleleri derginin kapsamına uygun konularda önemli, özgün bilimsel sonuçlar sunan araştırmaları raporlayan yazılardır. Orijinal araştırma makaleleri, Öz (Türkçe ve İngilizce), Genişletilmiş İngilizce Özet (Extended Abstract), Anahtar sözcükler, Giriş, Yöntem, Bulgular, Tartışma, Sonuç ve Öneriler ve etik yönü, yazar katkıları, çıkar çatışması, finansal destek, kaynaklar bölümlerini içermelidir. Giriş Bölümünün son paragrafında çalışmanın amacı açıkça belirtilmelidir.

Kelime sayısı ile ilgili sınırlandırmalar Tablo 2'de belirtilmiştir.

Sistematiik Derleme/Meta Analizi (İleri Çözümleme)

Meta-analizi, girişimlerin etkinliği için en yüksek düzeyli kanıt sağlamak amacıyla belirli bir konuda yapılmış, birbirinden bağımsız, birden çok çalışmanın sonuçlarını birleştirme ve elde edilen araştırma bulgularının istatistiksel analizini yapma yöntemidir. Meta-analizi makaleleri; Öz, Abstract, Anahtar Kelimeler, Giriş, Yöntem, bulgular ve Sonuç ve Kaynaklar bölümünden oluşmalıdır. Kelime sayısı ile ilgili sınırlandırmalar Tablo 2'de belirtilmiştir.

Olgu Sunumu/Case Report

Olgu sunumu makaleleri özgün vakaları rapor eden yazılardır. Derginin kapsamına giren konulara ilişkin bir problemin üstesinden gelen tedavi/bakım ile ilgili, yeni araçlar, teknikler ve metotlar göstererek okuyucular için bilgilendirme sağlamalıdır. Öz (yapılandırılmamış) , Abstract, Giriş, Vaka, Tartışma, Sonuç, Kaynaklar, Tablolar ve/veya Resimlerden oluşmalıdır. Kelime sayısı ile ilgili sınırlandırmalar Tablo 2'de belirtilmiştir.

Derleme/Review

Derleme makaleleri alanında zengin birikime ve atıf alan çalışmalara sahip uzman kişilerce yazılan yazılardır. Klinik pratiğe ilişkin bir konuda mevcut bilgiyi tanımlayan, değerlendiren ve tartışan; geleceğe ilişkin çalışmalara yol gösteren derleme yazıları yazmaları için dergi belirlediği yazarlara davet gönderir. Derleme makaleleri, Öz (yapılandırılmamış), Anahtar Kelimeler, Giriş, derlemenin ana amacı, başlıklar ve alt başlıklar, sonuç ve kaynaklar bölümlerinden oluşur. Kelime sayısı ile ilgili sınırlandırmalar Tablo 2'de belirtilmiştir.

Makale hazırlarken aşağıdaki belirtilen kurallar dahilinde hazırlanmalıdır.(Tablo 1)

TABLO 1. MAKALE HAZIRLAMA FORMATI

ÖZELLİK	AÇIKLAMA
Kullanılacak Program	<ul style="list-style-type: none">Yazılar Microsoft Word formatında olmalıdır.
Sayfa Büyüklüğü	<ul style="list-style-type: none">A4 Büyüklüğünde
Sayfa Kenar Boşlukları	<ul style="list-style-type: none">Normal Kenar Boşluğu (üst, alt, sağ ve sol kenar boşlukları: 2,5 cm)
Satır Aralığı, Yazı Tipi ve büyüklüğü	<ul style="list-style-type: none">Çalışmanın Türkçe ve İngilizce başlığı Türkçe ve İngilizce özet bölümlerinin üzerine büyük harfle ortalarak 14 punto ve koyu (bold) olarak yazılmalıdır.Türkçe ve İngilizce özetler 10 punto, iki yana yaslı, tek satır aralığında yazılmalıdır.Ana Metin: Paragraflar 11 punto büyüklüğünde, 1,5 satır aralığı, iki yana yaslı, sağ: 0 cm ve sol: 0 cm olarak ilk satırı sol kenar boşluğundan 1,25 cm girintili yapılmalıdır.Girinti oluşturmak için TAB tuşu veya kelime işlemci programının otomatik paragraf biçimlendirme işlevi kullanılmalıdır.Girintiyi oluşturmak için boşluk çubuğu kullanılmamalıdır.Satır sonlarında kelimeler bölünmemelidir.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

	<ul style="list-style-type: none">• Paragraflardan önce ve sonra 6 nk boşluk bırakılmalıdır.• Bir paragraf en az 3 cümle içermelidir. Paragraflar arasında fazladan satır aralığı bırakılmamalıdır.
İstatistiksel Analiz	<ul style="list-style-type: none">• Bir araştırma makalesinde istatistiksel verileri rapor ederken, değerleri açık ve tutarlı bir şekilde sunmak önemlidir. P değerleri, güven aralıkları (GA) ve diğer istatistiksel ölçümler uygun şekilde yuvarlanmalı ve sağlanan yönergelere göre ifade edilmelidir• Metinde; p değerleri .001'den küçükse $p < .001$ olarak bildirilmelidir. p değerleri .01'den küçükse $p < .01$ olarak bildirilmelidir. p değerleri .05'ten küçükse $p < .05$ olarak bildirilmelidir.• Tablolarda; gerçek p değerleri ifade edilmelidir ($p = .04$).
Ondalık Sayı Yazımı	<ul style="list-style-type: none">• Ondalık ayırıcı olarak nokta (.) kullanılması gerekir. (örn. %72.18).• Türkçe metinlerde ondalıklı sayılar ayrılırken virgöl, İngilizce metinlerde nokta kullanılmalıdır.
Kısaltmalar	<ul style="list-style-type: none">• Makalede kullanılan tüm kodlamalar ve kısaltmalar, hem özet hem de ana metinde ilk kullanımda tanımlanmalıdır.• Tanımın ilk kez kullanılmasının ardından kısaltma parantez içinde verilmelidir.• Başlıkta veya özette kısaltma kullanılmamalıdır.• Kısaltmalar, ilgili sözcüklerin metin içinde ilk kullanıldığı yerde yapılmalı ve kısaltma sayısı olabildiğince az olmalıdır.
Makalelerde Gerekli Yazım Düzeni	<p>Genel olarak makalelerde gerekli yazım sıralaması aşağıdaki şekilde verilmiştir. Makalenin tipine göre (yukarıda açıklanmıştır) yazım sıralaması yapılmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none">• Başlık• Kısa Başlık• Özet (Amaç; Yöntemler; Sonuçlar; Sonuç; Anahtar Sözcükler)• İngilizce Özet (Amaç; Yöntemler; Sonuçlar; Sonuç; Anahtar Sözcükler)• Genişletilmiş İngilizce Özet (Amaç; Yöntemler; Sonuçlar; Sonuç; Anahtar Sözcükler)• Giriş• Yöntemler• Sonuçlar• Tartışma• Sonuç• Yazar Katkıları,• Çıkar Çatışması,• Finansal Destek,• Kaynaklar• Tablolar• Şekiller
Özet	<ul style="list-style-type: none">• Araştırma Makaleleri için Amaç; Yöntemler; Sonuçlar; Sonuç; Anahtar Sözcükler bölümlerinden oluşmalıdır.• Derleme ve olgu sunumlarında özet yapılandırılmamalıdır.• Türkçe makaleler için Geniletilmiş İngilizce Özet: 750-1000 kelime olarak hazırlanmalıdır.
Anahtar Kelimeler	<ul style="list-style-type: none">• Her gönderime, özeti sonunda konu dizini için en az üç, en fazla beş anahtar kelime eşlik etmelidir. Anahtar kelimeler kısaltmalar olmadan tam olarak listelenmelidir.• Anahtar kelimeler arasında virgöl konularak alfabetik sıraya göre yazılmalıdır. Anahtar kelimeler National Library of Medicine, Medical Subject Headings veritabanından (https://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html) seçilmelidir.• Anahtar kelimeler yazılırken sadece ilk kelimenin baş harfi ve özel isimlerin baş harfi büyük olmalı, diğer kelimeler küçük harfle yazılmalıdır.• Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri'ne (http://www.bilimterimleri.com), İngilizce anahtar kelimeler Index Medicus: Medical Subject Heading (MeSH)'e uygun olarak yazılmalıdır (https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html).
Başlık Yazımı ve Numaralandırma	<ul style="list-style-type: none">• APA Stilinde beş seviye başlık vardır.• Bir bildiride kullanılacak başlık sayısı, çalışmanın uzunluğuna ve karmaşıklığına bağlıdır.• Makalenizdeki farklı bölümleri ayırt etmek için yalnızca gerekli sayıda başlık kullanın.• Başlıkları rakam veya harf ile etiketlemeyin. Bir başlık sayfanın sonuna gelse bile başlıkların üstüne veya altına boş satır eklemeyin.• 1. Düzey Başlıklar Giriş, Yöntem, Bulgular, Sonuç, Kaynakça gibi bölüm başlıklarında kullanılır. 11 punto, kalın (bold), ilk harfler büyük harf şeklinde yazılmalıdır. Metin paragraf ile başlamalıdır.• 2. Düzey Başlıklar Madde sayısı ve harf kullanılmadan, kalın (bold) ilk harfler büyük ve sola yaslı olacak şekildedir. Metin paragraf ile başlamalıdır.• 3. Düzey başlıklar

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

	<p>3. düzey başlıklar sola yaslı, kalın(bold), ilk harfler büyük ve italik olarak yazılmalıdır. Metin paragraf ile başlamalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none">• 4. Düzey Başlıklar <p>3. derece konu başlıklarının alt başlıkları 4. derece konu başlığı formatında yazılmalıdır. Girintili, İlk Harfler büyük, Kalın (bold) yazılmalı, nokta (.) ile bitirilmeli ve metin başlığı takip edecek şekilde yazılmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none">• 5. Düzey Başlıklar <p>4. derece konu başlıklarının alt başlıkları 4. derece konu başlığı formatında yazılmalıdır. Girintili, İlk Harfler büyük, Kalın (bold), italik yazılmalı, nokta (.) ile bitirilmeli ve metin başlığı takip edecek şekilde yazılmalıdır.</p>
Raporlama Yönergeleri	<p>Makale yazım kurallarının oluşturulması ve makalenin formatının belirlenmesinde ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals (Updated December 2019 - http://www.icmje.org/recommendations/) kuralları benimsemiştir.</p> <p>Yazarların, randomize araştırma çalışmaları için CONSORT yönergelerine, gözlemsel orijinal araştırma çalışmaları için STROBE yönergelerine, tanısal doğruluk üzerine çalışmalar için STARD yönergelerine, sistematik incelemeler ve meta-analiz için PRISMA yönergelerine, deneysel hayvan çalışmaları için ARRIVE yönergelerine ve davranışsal ve halk sağlığı müdahalelerinin randomize olmayan değerlendirmeleri için TREND, nitel çalışmalar COREO yönergelerine uygun olarak makaleler hazırlamaları gerekmektedir.</p> <p>Çok çeşitli çalışma türleri için raporlama yönergeleri için Equator Network'e (https://www.equator-network.org/) danışabilirsiniz.</p>
Tablolar ve Şekiller	<ul style="list-style-type: none">• Tablolar, “tablo ekle” işlevi kullanılarak düzenlenebilir. Tablolar, kelime işlem yazılımının “tablo ekle” komutu kullanılarak oluşturulmalı ve kolay okunabilmeleri için açıkça düzenlenmelidir.• Tablolarda sunulan veriler, ana metinde sunulan verilerin tekrarı olmamalı, ana metni desteklemelidir.• Microsoft Word belgelerinde olmalıdır.• Tablolar ana belgeye eklenmeli, referans listesinden sonra sunulmalı ve ana metinde atıfta bulunulan sıraya göre ardışık olarak numaralandırılmalıdır.• Tabloların üzerine açıklayıcı bir başlık yerleştirilmelidir. Tablo başlıkları cümle düzeninde yazılmalıdır (yani bir cümlenin ilk harfini büyük harfle yazın ve diğer tüm harfleri küçük harfle bırakın) Tablo başlıkları 11 punto, ilk harfler büyük olacak şekilde ve tablo numarasından sonra “.” (nokta) konulmalıdır. Sadece Tablo ve şekil ifadesi bol olmalıdır. (Örn: Tablo 7. Kadınların...)• Tablolarda kullanılan kısaltmalar, tabloların altında dipnotlarla tanımlanmalıdır (ana metinde tanımlanmış olsalar bile).• Tablo içinde bir (1) satır aralığı ve 11 punto yazı kullanılmalıdır.• Tablolar dikey çizgi içermemeli, yatay çizgi de olabildiğince az olmalıdır.• Tabloların çizgileri silinmeden görünmez hale getirilmelidir.• Gereksizce yatay tablo biçimi ve uzun tablolar kullanılmamalıdır.• Metin içerisinde her tabloya mutlaka atıf yapılmış olmalıdır.• Tablolar ve şekiller kaynaklardan sonra yerleştirilmelidir.• Tablolarda ve metin içinde ondalık sayılar arasına nokta konulmalıdır.• Akış şemaları tablo içi veya JPEG formatında gönderilmelidir.• Şekiller/grafikler ve resimler 250 dpi ve 500-800 dpi olmak üzere mümkün olduğunca yüksek çözünürlükte hazırlanmalıdır.• Tüm şekillere ana metinde atıfta bulunulmalı ve ana metinde atıfta bulunulan sıraya göre ardışık olarak numaralandırılmalıdır. Şekil açıklamaları alt kısımda cümle düzeninde yazılmalıdır.• Eğer tablo veya şekil başka bir eserden alınmışsa, kaynak italik ve 10 punto büyüklüğünde atıf kurallarına uygun biçimde tablo veya şeklin altında yer almalıdır.• Bir sayfadan uzun olan tablolar çalışma içinde bulunmak zorunda ise bir sayfa boyutunda (uygun bir yerden) bölünmelidir. Tablonun devamı bir sonraki sayfada aynı tablo numarası ile ve aynı başlıkla verilmeli; ancak, tablo numarasından sonra “(Devam)” ibaresi yazılmalıdır. Tablo içindeki metinler 10 punto yazılmalı, başlık-tablo ve tablo-kaynakça önce 0 nk sonra 0 nk olarak tek satır aralığında düzenlenmelidir.• Satır, sütun ve varsa toplam başlıklarının kalın yazı tipi ile yazılmalıdır.
Etik Kurul Onayı	<ul style="list-style-type: none">• Makaleye ilişkin etik kurul onayı ve katılımcılardan alınan bilgilendirilmiş olur gibi araştırma etiği uygulamalarının ayrıntıları, makalenin “Yöntem” kısmında açıklanmalı ve makalenin son sayfasında izinle ilgili bilgiler (kurul adı, tarih ve sayı no) yer verilmelidir.• Makale içerisinde yayın etiğine uyulduğuna dair açıklama yapılmalıdır.• Dergimizin çift-kör hakemlik ilkesine göre gönderilen makalelerde etik kurul onayı yazılırken, kurum bilgisi sadece başlık sayfasında açık bir şekilde verilmelidir.• Editörler gerekli gördüğü takdirde diğer kurum izinleri vs. belgeleri isteceğini yazarların akılda tutması gerekir.
İlave Notlar	<ul style="list-style-type: none">• Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlığında (*) işareti ile belirtilmeli ve işarete (*), metnin ilk sayfası sonunda toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklama getirilmelidir.

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

	<ul style="list-style-type: none">Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlıkta (*) işareti ile belirtilmeli ve metnin ilk sayfası sonunda (*) işaretinden sonra Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.																		
Teşekkür	<ul style="list-style-type: none">Çalışma ile ilgili teşekkür yazısı makalenin sonuna eklenmelidir.																		
Kaynak/Fon	Çalışma ile ilgili herhangi bir fon desteği ve diğer destekler açıkça(kurum/tarih/vs.) makalenin sonunda belirtilmelidir.																		
Ekler	<ul style="list-style-type: none">Ekler: Yazar(lar) ihtiyaç duyarlarsa kaynakçadan sonra ve geniş özetten önce, Ekler bölümü oluşturabilirler. Bu kısımda verilecek eklere makale içinden mutlaka atıfta bulunulmalıdır.Birden fazla ek kullanılacaksa numaralandırılmalıdır. Yazarların eklere koyacakları eklentilerin makale içinde verilmesi durumunda bütünlüğü bozacak biçimde olmaması gerekir.																		
Kısıtlıklar/sınırlılıklar	<ul style="list-style-type: none">Aratırmanın sınırlılıkları makalenin sonuna eklenmelidir.																		
Kaynaklar	<p>KAYNAK YAZIMI</p> <ul style="list-style-type: none">Makalede kullanılan tüm kaynaklar metnin sonunda ayrı bir bölüm halinde yazar soyadlarına göre alfabetik olarak numaralandırılmadan verilmelidir.Kaynaklar bölümünde yer alan İngilizce ve Türkçe tüm kaynaklar benzer yazım kurallarıyla yazılmalıdır.Dergi adları kısaltılmadan tam olarak yazılmalıdır, kısaltılması durumunda Pubmed’de kullanıldığı şekilde kısaltılma yapılabilir.Aynı soyadlı yazarlardan, yayını daha eski tarihli olsa bile adının ilk harfi alfabetik olarak önce gelen kaynakçada önce belirtilmelidir.Aynı yazarın iki eseri tarih sırasına göre, eski olan önce gelecek şekilde yazılmalıdır.Kitap ve raporların kaynaklar bölümünde gösteriminde önce yayınlandığı yer (ülke ismiyle birlikte) ve sonra kitabevi/ yayınevi adı, ‘kitabevi, yayınevi, yay’ vb. ekler belirtilmeksizin yazılmalıdır.İki isimli yazarların isim kısaltmaları arasında boşluk bırakılmalıdır.Tez, Sunum ve Bildiriler yayınlanmamışsa kaynak olarak kullanılmamalıdır.Kaynaklar; metin sonunda tek aralık ve iki kaynak arası çift aralıklı olacak şekilde, alfabetik olarak numara verilmeden sıralanmalıdır.KASHED’e gönderilen makalelerde American Psychological Association (APA) 7. Versiyon kaynak gösterim kuralları kullanılmaktadır.Yazar(lar)ın, makale metninde ve kaynakçada yer alan atıfları, APA 7 stiline uygun olarak belirtmeleri zorunludur.Kaynaklar bölümünde yer alan tüm kaynaklar, metinde belirtilmelidir.Kaynakların doğruluğundan yazar(lar) sorumludur.Tüm kaynaklar metinde belirtilmelidir.<u>Kaynaklar aşağıdaki örneklerdeki gibi gösterilmelidir.</u> <p>METİN İÇİNDE KAYNAK GÖSTERME</p> <table border="1"><thead><tr><th>Kaynak Şekli</th><th>Cümlelerin Sonunda (Parantez içinde)</th><th>Cümlelerin Başında (Anlatısal Alıntı)</th></tr></thead><tbody><tr><td>Bir yazarlı</td><td>(Yılmaz, 2024)</td><td>Yılmaz (2024)</td></tr><tr><td>İki Yazarlı</td><td>(Aksu ve Güler 2007)</td><td>Aksu ve Güler (2007)</td></tr><tr><td>Üç ve daha fazla yazarlı</td><td>(Ekşi ve ark. 2023)</td><td>Ekşi ve ark. (2023)</td></tr><tr><td>Kısaltmalı Grup yazarı</td><td>İlk alıntıda (Word Health Organization [WHO], 2023) Sonraki kullanımlarda (WHO, 2023)</td><td>İlk alıntıda Word Health Organization (WHO, 2023) Sonraki kullanımlarda WHO(2023)</td></tr><tr><td>Kısaltması Olmayan Grup</td><td>(Marmara University, 2014)</td><td>Marmara University (2014)</td></tr></tbody></table> <ul style="list-style-type: none">Aynı yazar ve aynı tarihli iki farklı çalışmaya yer verildiğinde kaynaklar a, b şeklinde verilmelidir: Örnek: (WHO, 2020a) (WHO, 2020b)Kaynaktan doğrudan bir alıntı veya belirli bir sayfadan alıntı yapılmış ise kaynağa alıntı yapılan sayfa da yazılır.Sayfa numarası yazımı, ancak bir çalışmanın bir kısmına (bir kitaptaki paragraf veya bölüm gibi) atıfta bulunulması durumunda kullanılmak zorundadır.Metinde kaynağın yılı yazılıp virgül ve ‘s.’ şeklinde sayfa numarası belirtilmelidir. Hemşireliğin tanımını şeklinde yapmıştır (Arslan, 2000, s. 78).	Kaynak Şekli	Cümlelerin Sonunda (Parantez içinde)	Cümlelerin Başında (Anlatısal Alıntı)	Bir yazarlı	(Yılmaz, 2024)	Yılmaz (2024)	İki Yazarlı	(Aksu ve Güler 2007)	Aksu ve Güler (2007)	Üç ve daha fazla yazarlı	(Ekşi ve ark. 2023)	Ekşi ve ark. (2023)	Kısaltmalı Grup yazarı	İlk alıntıda (Word Health Organization [WHO], 2023) Sonraki kullanımlarda (WHO, 2023)	İlk alıntıda Word Health Organization (WHO, 2023) Sonraki kullanımlarda WHO(2023)	Kısaltması Olmayan Grup	(Marmara University, 2014)	Marmara University (2014)
Kaynak Şekli	Cümlelerin Sonunda (Parantez içinde)	Cümlelerin Başında (Anlatısal Alıntı)																	
Bir yazarlı	(Yılmaz, 2024)	Yılmaz (2024)																	
İki Yazarlı	(Aksu ve Güler 2007)	Aksu ve Güler (2007)																	
Üç ve daha fazla yazarlı	(Ekşi ve ark. 2023)	Ekşi ve ark. (2023)																	
Kısaltmalı Grup yazarı	İlk alıntıda (Word Health Organization [WHO], 2023) Sonraki kullanımlarda (WHO, 2023)	İlk alıntıda Word Health Organization (WHO, 2023) Sonraki kullanımlarda WHO(2023)																	
Kısaltması Olmayan Grup	(Marmara University, 2014)	Marmara University (2014)																	

- Kaynak tek bir konuyu kapsıyorsa (bir dergi makalesi gibi) böyle bir çalışmaya atıf yapılırken sayfa belirtilmesi gerekmektedir.
- Metin içinde birden fazla kaynak kullanılmışsa parantez içinde yazılmak üzere, iki kaynak arasına noktalı virgül (;) konulmalıdır.
- Makaleniz Türkçe ise metin içi kaynak gösteriminizi Türkçe,(& yerine ve, et all yerine ve ark., Eds yerine Ed vb) İngilizce ise İngilizceye uygun olarak yapınız.

KAYNAKLAR BÖLÜMÜNDE KAYNAK GÖSTERME

1-DOI Numarası Olan Dergi Makaleleri

Kaynakçada yazımı: McCauley, S. M., & Christiansen, M. H. (2019). Language learning as language use: A cross-linguistic model of child language development. *Psychological Review*, 126(1), 1–51. <https://doi.org/10.1037/rev0000126>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (McCauley & Christiansen, 2019)

Cümle başında (Anlatsal Alıntı): McCauley and Christiansen (2019)

2- DOI'si olmayan URL'li Dergi Makalesi

Kaynakçada yazımı: Ahmann, E., Tuttle, L. J., Saviet, M., & Wright, S. D. (2018). A descriptive review of ADHD coaching research: Implications for college students. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 31(1), 17–39. <https://www.ahead.org/professional>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Ahmann et al., 2018)

Cümle başında (Anlatsal Alıntı): Ahmann et al. (2018)

3-DOI içeren, 21 veya daha fazla yazarlı dergi makalesi

Kaynakçada yazımı: Kalnay, E., Kanamitsu, M., Kistler, R., Collins, W., Deaven, D., Gandin, L., Iredell, M., Saha, S., White, G., Woollen, J., Zhu, Y., Chelliah, M., Ebisuzaki, W., Higgins, W., Janowiak, J., Mo, K. C., Ropelewski, C., Wang, J., Leetmaa, A., . . . Joseph, D. (1996). The NCEP/NCAR 40-year reanalysis project. *Bulletin of the American Meteorological Society*, 77(3), 437–471. <http://doi.org/fg6rf9>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Kalnay ve ark., 1996)

Cümle başında (Anlatsal Alıntı): Kalnay et al. (1996)

4. DOI'li Dergi Makalesi, Bireysel ve Grup Yazarlarının Birleşimi

Kaynakçada yazımı: De Vries, R., Nieuwenhuijze, M., Buitendijk, S. E., & the members of Midwifery Science Work Group. (2013). What does it take to have a strong and independent profession of midwifery? Lessons from the Netherlands. *Midwifery*, 29(10), 1122-1128. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.007>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (De Vries et al., 2013)

Cümle başında (Anlatsal Alıntı): De Vries et al. (2013)

5-Çevrimiçi Yayınlanan Dergi Makalesi

Kaynakçada yazımı: Huestegge, S. M., Raettig, T., & Huestegge, L. (2019). Are face-incongruent voices harder to process? Effects of face-voice gender incongruency on basic cognitive information processing. *Experimental Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1027/1618-3169/a000440>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Huestegge et al., 2019)

Cümle başında (Anlatsal Alıntı): Huestegge et al. (2019)

6- Başka Dilde Yazılmış Dergi Makalesi

Bir makale makalenizden farklı bir dildeyse, makale başlığının çevirisini köşeli parantez içinde ekleyin.

Kaynakçada yazımı: Chaves-Morillo, v., Gómez Calero, c., Fernández-Muñoz, J. J., Toledano-Muñoz, A., Fernández-Huete, J., Martínez-Monge, N., Palacios-Ceña, D., & Peñacoba-Puente, C. (2018). La anosmia neurosensorial: Relación entre subtipo, tiempo de reconocimiento y edad [Sensorineural anosmia: Relationship between subtype, recognition time, and age]. *Clínica y Salud*, 28(3), 155-161. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.04.002>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Chaves-Morillo et al., 2018)
Cümle başında (Anlatsal Alıntı): Chaves-Morillo et al. (2018)

7- Bir Dergide Özel Bölüm veya Özel Sayı Makalesi

Kaynakçada yazımı: Lilienfeld, S. O. (Ed.). (2018). Heterodox issues in psychology [Special section]. Archives of Scientific Psychology, 6(1), 51-104.

Kaynakçada yazımı: McDaniel, S. H., Salas, E., & Kazak, A. E. (Eds.). (2018). The science of teamwork [Special issue]. American Psychologist, 73(4).

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Lilienfeld, 2018; McDaniel et al., 2018)

Cümle başında (Anlatsal Alıntı): Lilienfeld (2018) and McDaniel et al. (2018)

8- Cochrane Veritabanından Alınmış Kaynaklar

Kaynakçada yazımı: Mehrholz, J., Pohl, M., Platz, T., Kugler, J., & Elsner, B. (2018). Electromechanical and robot-assisted arm training for improving activities of daily living, arm function, and arm muscle strength after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006876.pub5>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Mehrholz et al., 2018)

Cümle başında (Anlatsal Alıntı): Mehrholz et al. (2018)

9- DOI ile Yazılmış Kitap

Kaynakçada yazımı: Brown, L. S. (2018). Feminist therapy (2nd ed.). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000092-000>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Brown, 2018)

Cümle başında (Anlatsal Alıntı): Brown (2018)

10-Akademik Araştırma Veri Tabanlarından veya Basılı Versiyonundan DOI'siz Yazılmış Kitap

Kaynakçada yazımı: Burgess, R. (2019). Rethinking global health: Frameworks of power. Routledge.

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Burgess, 2019)

Cümle başında (Anlatsal Alıntı): Burgess (2019)

11- DOI içeren kitap bölümü

Kaynakçada yazımı: Balsam, K. F., Martell, C. R., Jones, K. P., & Safren, S. A. (2019). Affirmative cognitive behavior therapy with sexual and gender minority people. In G. Y. Iwamasa & P. A. Hays (Eds.), Culturally responsive cognitive behavior therapy: Practice and supervision (2nd ed., pp. 287–314). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000119-012>

Kaynakçada yazımı: Benzer Türkçe kitaplar için

Balsam, K. F., Martell, C. R., Jones, K. P., & Safren, S. A. (2019). Affirmative cognitive behavior therapy with sexual and gender minority people. İçinde G. Y. Iwamasa & P. A. Hays (Eds.), Culturally responsive cognitive behavior therapy: Practice and supervision (2nd ed., pp. 287–314). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000119-012>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Balsam et al., 2019)

Cümle başında (Anlatsal Alıntı): Balsam et al. (2019)

12- DOI İçermeyen Kitap Bölümü

Kaynakçada yazımı: Weinstock, R., Leong, G. B., & Silva, J. A. (2003). Defining forensic psychiatry: Roles and responsibilities. In R. Rosner (Ed.), Principles and practice of forensic psychiatry (2nd ed., pp. 7–13). CRC Press.

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Weinstock ve ark., 2003)

Cümle başında (Anlatsal Alıntı): Weinstock et al. (2003)

13- Bir Devlet Kurumu veya Başka Bir Kuruluşun Raporu

Kaynakçada yazımı: Australian Government Productivity Commission & New Zealand Productivity Commission. (2012). Strengthening trans-Tasman economic relations. <https://www.pe.gov.au/inquiries/completed/australia-new-zealand/reportltrans-tasman.pdf>

Kaynakçada yazımı: Canada Council for the Arts. (2013). What we heard: Summary of key findings: 2013 Canada Council's Inter-Arts Office consultation. <http://publications.gc.ca/collections/>

collection_2017/canadacouncil/K23-65-2013-eng.pdf

Kaynakçada yazımı: National Cancer Institute. (2018). Facing forward: Ufe after caneer treatment (NIH Publication No. 18-2424). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/life-after-treatment.pdf>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (Australian Government Productivity Commission & New Zealand Productivity Commission, 2012; Canada Council for the Arts, 2013; National Cancer Institute, 2018)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Australian Government Productivity Commission and New Zealand Productivity Commission (2012), Canada Council for the Arts (2013), and National Cancer Institute (2018)

14-İnternet Kaynakları/ Internet Resources

Makalenizde web sitesinden yararlandığınız metinde web sitesinin adını verin ve URL'yi parantez içine alın. Örneğin, anket oluşturmak için bir web sitesi kullandıysanız, metinde web sitesinden bahsedin. Anketimizi Qualtrics (<https://www.qualtrics.com>) kullanarak oluşturduk.

15- Sözlük

American Psychological Association. (n.d.). Positive transference. In APA dictionary of psychology. Retrieved August 31, 2019, from <https://dictionary.apa.org/positive-transference>

Cümle Sonunda (Parantez içine): (American Psychological Association, n.d.; Merriam-Webster, n.d.)

Cümle başında (Anlatısal Alıntı): Brown (2018) American Psychological Association (n.d.) and Merriam-Webster (n.d.)

TABLO 2. MAKALELER İÇİN SINIRLANDIRMALAR

Yayının Şekli	Kelime sayısı (ana Metin için)	Öz/Abstract Kelime sayısı	Referans Sayısı	Tablo sayısı	Şekil Sayısı
Araştırma Makalesi	4000	250 (Yapılandırılmış olacak)	50	6	5 ya da toplam 10 resim/görsel
Sistemik Derleme	4000	250 (Yapılandırılmış olacak)	100	5	2 ya da toplam 4 resim/görsel
Derleme	5000	250	50	6	10 ya da 15 resim/görsel
Olgu Sunumu	1200	200	15	Tablo olmayacak	4 ya da toplam 8 resim/görsel
Editöre Mektup	500	Öz olmayacak	5	Tablo Olmayacak	----
Geniletilmiş Özet		700-1000			

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

MAKALE YÜKLEME

MAKALEDE YÜKLENECEK DOSYALAR

1-ÖN YAZI

Ayrı bir ön/cover letter yazı gerekli ise sunulabilir.

2-BAŞLIK SAYFASI

Başlık sayfası aşağıdaki bilgileri içermelidir. Microsoft Word formatında sisteme yüklenmelidir.

Makalenin Başlığı	İlk harfleri büyük olacak şekilde Türkçe Başlık, İngilizce Başlık (En fazla 20 kelime) ve Türkçe ve İngilizce olacak şekilde kısa başlık (en fazla 50 karakter)(Türkçe ve İngilizce) yazılmalıdır
Makalenin Tipi	Makalenin tipi (araştırma makalesi/derleme makalesi) şeklinde yazılmalıdır.
Yazarlar	Makaledeki sırasıyla ünvan, ad soyadı, iş adresi/kurumu (üniversite ve fakülte bilgisinden sonra şehir ve ülke bilgisi de yer almalıdır), iletişim bilgileri (e-mail, mobil tel), ORCID numaraları eklenmelidir. <u>Sorumlu yazar belirtilmelidir.</u> Yazar isimleri belirtilirken 1. Yazar başlığı yazılarak yazarla ilgili tüm bilgiler altına yazılmalı daha sonra 2. Yazar ve diğer yazarlar sırasıyla belirtilmelidir. Makle sisteme yükledikten sonra yazar sıralamısında değişiklik yapılamayacağından dikkatli kontrol edilmelidir.
Daha önce yayımlanma durumu	Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklama getirilmelidir. Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise belirtilmeli ve Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.
İntihal Oranı	İntihal oranı belirtilmelidir.
Etik Kurul Onayı	Çalışmaya ait etik kurul onayı (Tarih/sayı/nereden alındığı) ve çalışmanın yapıldığı klinik/alanla ilgili bilgi verilmelidir. Çalışmada kullanılan ölçek, fotoğraf vb. gibi belgeler için sahibinden izin alındığına ilişkin bilgi eklenmelidir.
Çıkar Çatışması	Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışmasının olmadığı beyan edilmelidir.
İstatistik Kontrolü	İstatistik kontrolünün yapıldığı belirtilmelidir.
İngilizce Dil Kontrolü	İngilizce dil kontrolünün (ingilizce makaleler için) yapıldığı belirtilmelidir.
Finansman	Çalışmayla ilgili finansal destek açıklaması yapılmalıdır. (finansal destek alınmasa bile eklenmelidir.)
Teşekkür	Çalışmada gerekli ise teşekkür eklenebilir.
Yazar Katkısı	Yazar katkıları aşağıdaki örnekte belirtildiği gibi yazar isimlerinin başharfleri kullanılarak doldurulmalıdır. Fikir/kavram: YDM,PK, Tasarım: YDM,PK; Danışmanlık: YDM,PK; Veri toplama: YDM,PK, BZY; Veri İşlem YDM,PK, BZY; Analiz ve/veya Yorum: YDM,PK; Kanak tarama: YDM,PK; Makalenin Yazımı: YDM,PK; Eleştirel inceleme: YDM,PK; Kaynaklar ve fon sağlama: YDM,PK, BZY

3-ANA METİN

Ana metin içerisinde makalenin Uzun ve kısa başlığı Türkçe ve İngilizce olarak yazılmalıdır. Tüm sayfalar sırayla numaralandırılmalıdır. Yazarların veya kurumların isimleri ve iletişim bilgileri metin boyunca hiçbir şekilde belirtilmemelidir. Ana metin çalışmanın türüne göre yazım kılavuzunda belirtilen başlıklar doğrultusunda hazırlanmalıdır. (Tablo 1, Tablo 2)

Araştırmalar için **Araştırmanın Etik Yönü** başlığı eklenerek (Etik kurul izni/ kurum izni-tarih ve numarası), bireylerden yazılı/sözlü onam alma, kullanılan ölçek sahiplerinden kullanıma dair izin alındığına dair bilgi) alt başlıklar şeklinde yazılmalıdır. Makalede araştırma ve yayın etiğine uyulduğu ifadesine yer verilmelidir. Microsoft Word formatında sisteme yüklenmelidir.

4-ETİK KURUL RAPORU

Etik Kurul izin belgesi ayrı bir dosya olarak pdf formatında sisteme yüklenmelidir.

5-[YAZAR KATKI FORMU](#), [YAYIN HAKKI DEVİR FORMU](#) ve [ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI \(ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu\)](#)

“KASHED Yazar Katkı Formu”, ve “Yayın Hakkı Devir Formu” makale yükleme sistemi üzerinde olup, eksiksiz ve ıslak imzalı olarak 2 ayrı dosya şeklinde ve pfd formatında sisteme yüklenmelidir.

[ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu](http://icmje.org/conflicts-of-interest/) (http://icmje.org/conflicts-of-interest/) sistem üzerinden indirilerek her yazar tarafından ayrı ayrı doldurulmalı ve ıslak imza ile imzalanmalıdır.

6- BENZERLİK RAPORU

Dergimize benzerlik oranı en fazla %20 olan makaleler kabul edilir. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'ne gönderdiğiniz makalelerinizin benzerlik raporunu dergipark üzerinden (dergipark'ın intihal.net anlaşması kapsamında) alabilirsiniz.

Kadın Sağlığı Hemşireliği Değerlendirme Süreci

Dergiye gönderilen çalışmalar derginin amaç ve kapsamına uygunluğu belirlendikten sonra yazım kontrolü yapılır. Yazım kontrolü yapıp gerekirse eksikliklerin tamamlanmasından sonra editör hakem değerlendirme sürecini başlatır.

- Dergiye gelen tüm yazıların değerlendirmesi **çift kör hakem değerlendirmesi (Double blind review)** ile yapılmaktadır. Çift kör hakem değerlendirme (*Double blind review*) süreci, çalışmanın tamamen kime ait olduğunun belli olmadığı, bilimsel yayınların kalitesini artırmak ve nesnel şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır. Çift kör hakem değerlendirmesinde; sadece editörler her aşamayı bilmekte, hem yazarlar çalışmasını değerlendirecek hakemin kim olduğunu bilmemekte, hem de hakemler kimin çalışmasını değerlendirdiklerini bilmemektedirler. Çift kör hakem değerlendirme, bilimsel yayınların kalitesini arttırmakla birlikte tarafsız bir şekilde yazıların değerlendirilmesini sağlamaktadır Editör en az iki hakeme değerlendirmesi için gönderir. Hakemlerden bir ret kararı gelirse 3. Hakeme gönderilir.
- Editör, gerek duyduğunda daha fazla hakeme yönlendirme yapabilmekte ve değerlendirme sürecinin son karar yetkisi editördedir.
- Hakemlerden gelen değerlendirmeler doğrultusunda sorumlu yazar gerekli düzeltme ve düzenlemeleri tamamlar. Bu süreçte yazar tarafından
 - 1-Makale dosyası üzerinde hakeme cevap yazılır ve gerekli düzeltmelerin ve notlar yazar tarafından belirtilir. (hakemin yorumu yazarın cevabı şeklinde) Word dosyası şeklinde sisteme yüklenir.
 - 2-[KASHED MAKALE REVİZYON FORMU](#) doldurularak sisteme (yayının adı ve kaçınıcı revizyon olduğu belirtilir) sisteme yüklenir.
- Çalışmanın yayınlanması için 2 hakemin kabul kararının olması gerekmektedir.
- Mizanpaj ve son okuma süreci tamamlanır.
- Makale, yayımlanmadan önce son düzeltme için e-posta ile veya sistem üzerinden iletişim yazarına gönderilir. Sadece yazımla ilgili hatalar olup olmadığı kontrol edilir. Son okuma 3 gün içerisinde yapılmazsa herhangi bir hata olmadığı kabul edilerek makale yayınlanır.
- KASHED'de makalelerin, kabul süreci, hakem ve yazar dönüşlerine göre yaklaşık altı ay içinde tamamlanması öngörülmekle birlikte, hakemlerin ve editörün istediği düzeltmeler ve yazarların dönüş sürelerine göre bu süre uzayabilmektedir.

KADIN AĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

Makale Geri Çekme

Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi'ne gönderilen makalelerin yazarları geri çekme taleplerini "[Makale Geri Çekme Formu](#)"nu doldurup tüm yazarlar tarafından ıslak imzalı olarak sisteme yüklenmelidir. Makale geri çekme dergiparkta kabul kararı alınmasına kadar olan süre için geçerlidir. Geri çekme talebi yayın Kurulu tarafından incelenerek yazarlar bilgilendirilmektedir. Editör ve Yayın kurulu tarafından geri çekme isteği onaylanmadıkça yazar(lar) telif haklarını başvuru aşamasında KASHED'e devredilmiş çalışmalarını başka bir dergiye değerlendirme için gönderemezler. Geri çekme talebinde en geç 2 hafta içinde yazar dönüş sağlanır.

Düzeltilme, geri çekme veya endişe ifadesi ile ilgili olarak COPE ve ICJME yönergeleri dikkate alınır.

<u>KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ SON KONTROL LİSTESİ</u> (Makale yazım kurallarına göre yazıldıktan sonra doldurulmalıdır)		
Editöre Mektup Bölümü	Yapıldı	Yapılmadı ise nedeni?
1. Makalenin Adı belirtildi.		
2. Makalenin türü belirtildi.		
3. Sisteme yüklenen Editöre Mektup dosyasının adı "Editöre Mektup+makale adı" olacak şekilde kaydedildi.		
Kapak Sayfası		
1. Makalenin başlığı yazıldı		
2. Makalenin tipi belirtildi.		
3. Yazarlarbilgileri yazıldı		
4. Daha önce yayımlanma durumu belirtildi		
5. İntihal Oranı belirtildi		
6. Etik Kurul Onayı alındığı ve sisteme yüklenmiş olduğu belirtildi		
7. Çalışmada kullanılan ölçek, fotoğraf vb gibi araçlar için sahibinden izin alındığı belirtildi.		
8. Çıkar Çatışması olmadığı belirtildi.		
9. Finansman Çalışmayla ilgili finansal destek açıklaması yapıldı.		
10. Teşekkür varsa belirtildi		
11. İstatistik kontrolünün yapıldığı yazıldı.		
12. İngilizce dil kontrolünün (.ngilizce makaleler için) yapıldığı yazıldı.		
13. Yazar katkısı yazım kurallarında belirtildiği gibi yapıldı.		
14. Sisteme yüklenen kapak sayfa dosyasının adı "Çalışmanın tam adı +kapak sayfası" olacak şekilde kaydedildi.		
Makale Ana Dosyası		
• Makalenin Türkçe ve İngilizce başlığı yazıldı.		
• Türkçe ve İngilizce özet yazım kurallarına göre yazıldı.		
• Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler belirtildi.(3-5 sözcük)		
• Makale Türkçe ise, İngilizce genişletilmiş özet (Extended Abstract) 700-1000 sözcük olarak yazıldı.		
• Makale ana metin bölümü; giriş, genel bilgi ve gerekçe, yöntem, bulgular, tartışma, sonuç ve önerileri içerecek şekilde yazıldı.		
• Makalenin ana metin bölümü, yazım kurallarına uygun kelime sayısı ile yazıldı.		
• Teşekkür belirtildi. (varsa belirtiniz)		
• Kaynaklar metin içinde kurallara uygun gösterildi ve kaynakça APA 7'ye uygun yazıldı.		
• Tablolar-Resimler ve Şekiller (başlık, tanım ve alt yazılarıyla) metin sonunda belirtildi.		
• Yüklenen tüm dosyaların kayıtlarında isim/tanımlayıcı bilgi bulunmamaktadır.		
• Sisteme yüklenen makale ana dosyasının adı "çalışmanın tam adı" olacak şekilde kaydedildi.		
Ekler		

<ul style="list-style-type: none">• “Yayın Hakkı Devir Formu” ıslak imzalı, taranmış ve pdf formatında sisteme yüklendi.		
<ul style="list-style-type: none">• “Yazar Katkı Formu” ıslak imzalı, taranmış ve pdf formatında sisteme yüklendi.		
<ul style="list-style-type: none">• “ICMJE Potansiyel Çıkar Çatışmaları Bildirim Formu” ıslak imzalı, taranmış ve pdf formatında <u>her yazar için ayrı olarak</u> sisteme yüklendi.		
<ul style="list-style-type: none">• İntihal raporu sisteme yüklendi.		
<ul style="list-style-type: none">• Etik Kurul Raporu sisteme yüklendi.		

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ(KASHED)
JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING (JOWHEN)

CİLT/VOLUME:10

SAYI/NUMBER:3

KASIM/NOVEMBER

İÇİNDEKİLER/CONTENDS

	Sayfa /Page
Kapak Sayfası	I
Editörler Kurulu / Editorial Board Members	II
Danışma Kurulu /Advisory /Board	III-IV
Dergi Hakkında/About the Journal	V
Amaç-Kapsam/Purpose-Scope	VI
Yayın Politikaları-Yazım Kılavuzu/Publishing Politicies-Writing Rules	VII-XXVI
İçindekiler/Content	XXVII-XXVIII
Editörden/ From the Editor	XXIV

Sayfa /Page

Araştırma Makale /Research Article

Gebelerin Cinselliğe Olan Tutumlarının Değerlendirilmesi <i>Evaluation of Pregnancy's Attitudes to Sexuality</i> Serap ÖZTÜRK ALTINAYAK, Seçil HÜR, Saliha YURTÇİÇEK EREN, Bilgesu ARSLAN, Medine ARTA	138-149
--	----------------

Pregnant Women's Knowledge About Preconception Counselling And Status of Receiving Preconception Counselling/Care in Turkey <i>Gebelerin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ile İlgili Bilgileri ve Prekonsepsiyonel Danışmanlık/Bakım Alma Durumları</i> Mükerrem BAŞLI, Hilmiye AKSU	150-164
--	----------------

Üçüncü Trimester Gebelerde Prenatal Distresin Gebelikte Konfor Düzeyine Etkisinin İncelenmesi <i>Investigation of the Effect Of Prenatal Distress on the Comfort Level During Pregnancy in Third Trimester Pregnant Women</i> Zeynep MARAŞ, Semiha AYDIN ÖZKAN, Derya KAYA ŞENOL	165-175
--	----------------

Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi <i>Examining the Psychometric Properties of the Transition to Motherhood Scale Abstract</i> Meltem ÖZKAYA, Öznur KÖRÜKCÜ	176-183
---	----------------

İnfertil Kadınlarda Çift Uyumu ve İnfertiliteden Etkilenme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi <i>Determination of the Relationship Between Dyadic Adjustment and Levels of Affected by Infertility in Infertile Women</i> Tuğba KORKMAZ, Gamze FIŞKIN SİYAHTAŞ	184-194
---	----------------

Olgu Sunumu /Case Report

Doğum Sonu Dönemdeki Bir Kadına Roy Adaptasyon Model'ine Göre Uygulanan Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu <i>Nursing Care Applied to a Woman in the Postpartum Period According to the Roy Adaptation Model: Case Report</i> Emine İLKİN AYDIN, Rukiye DİKMEN Sevil ŞAHİN	195-209
--	----------------

Sistematik Derleme Makalesi/ Systematic Review Article

- Doğum Eyleminde Ağrı ve Anksiyete Kontrolünde Sanal Gerçeklik Simülasyon Kullanımı: Sistematik Derleme** 210-224
Use of Virtual Reality Simulation in Pain And Anxiety Control in Labor: Systematic Review
Fatma SAVAS, Hatice KAHYAOĞLU SÜT

Derleme Makale/Review

- Kadın Sağlığı Alanında Hasta Navigasyonu ve Navigatör Hemşireliğin Kullanımı: Derleme** 225-234
Patient Navigation and the Use of Navigator Nurses in Women's Health: A Review
Seda AKGÜN DORUKOĞLU, Zeynep DAŞIKAN
- Kürtajın Yasal ve Etik Boyutu** 235-241
Legal and Ethical Dimension of Abortion
Ebru AYDIN, Nilüfer ERBİL, Hilal Gül BOYRAZ YANIK, Hatice Nur NEFES PALA
- Kadına Yönelik Şiddette Yaşanılan Toplumsal Sorunlar, Mücadele Stratejileri ve Hemşirenin Rolü** 242-249
Violence Against Women: Societal Problems, Struggle Strategies and Role of Nurse
Yılmaz SARIBOĞA

EDİTÖRDEN/FROM THE EDITOR

Değerli Meslektaşlarımız ve okuyucularımız,

2024 yılının son Kadın Sağlığı Hemşireliği Elektronik Dergisi (KASHED) Kasım sayısı güncel ve niteliği yüksek bir içerikle okuyucumuza sunulmuştur.

Son sayımızda “Gebelerin cinselliğe olan tutumlarının değerlendirilmesi”, “Pregnant women's knowledge about preconception counselling and status of receiving preconception counselling/care in Turkey”, “Üçüncü trimester gebelerde prenatal distresin gebelikte konfor düzeyine etkisinin incelenmesi”, “Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin incelenmesi”, “İnfertil kadınlarda çift uyumu ve infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi” başlıklı biri İngilizce yazılmış beş araştırma makalesi ile “Doğum eyleminde ağrı ve anksiyete kontrolünde sanal gerçeklik simülasyon kullanımı: Sistemik derleme” başlıklı bir sistemik derleme ve “Kadın sağlığı alanında hasta navigasyonu ve navigatör hemşireliğinin kullanımı: Klasik derleme” bir klasik derleme “Doğum sonu dönemdeki bir kadına Roy Adaptasyon Model'ine göre uygulanan hemşirelik bakımı: Olgu sunumu” bir olgu sunumu, “Doğum eyleminde sanal gerçeklik kullanımı”, “kürtajın yasal ve etik boyutu”, “Kadına yönelik şiddet: toplumsal sorunlar, mücadele stratejileri ve hemşirenin rolü” başlıklı altı derleme makalesi yer almaktadır.

Sizlerin ilgi ve desteği ile artık saygın indekslerce dizinlenen bir dergi olma hedefimize doğru ilerliyoruz. Dergi kurullarımızın hummalı ve fedakar çalışmaları, hakem akademisyenlerimizin titiz ve nesnel değerlendirmeleri, okurlarımızın ilgi ve paylaşımları, yazılarımızda göstereceğimiz atıflar ile daha da güçleniyoruz. Yayınlarımızla gerek kadın sağlığını gerekse bakım verenlerin uzmanlığını geliştireceğimize yürekten inanıyor, tüm katkılarınız için şimdiden teşekkür ediyoruz.

Saygılarımızla,

Prof. Dr. Nevin Şahin, Editör

Araştırma Makalesi/Research Article

Gebelerin Cinselliğe Olan Tutumlarının Değerlendirilmesi

Serap ÖZTÜRK ALTINAYAK¹, Seçil HÜR², Saliha YURTÇİÇEK EREN³, Bilgesu ARSLAN⁴, Medine ARTAN⁵

Evaluation of Pregnant Women's Attitudes Towards Sexuality

ÖZ

Amaç: Bu araştırma gebelerin gebelik döneminde cinselliğe karşı tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tasarımda yapılan bu araştırma Mayıs-Kasım 2022 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin kadın doğum polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 290 gebe ile yürütülmüştür. Veriler; "Sosyodemografik Bilgi Formu", "Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği" ile toplanmıştır.

Veriler normal dağılım göstermiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı, yüzdelik dağılım, ortalama standart sapma, "bağımsız grup t testi", "Anova varyans analizi", "Tukey post hoc" testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmada gebelerin yaş ortalaması 28,15±5,01 olarak bulunmuştur. Gebelerin gebelikte cinselliğe karşı tutum ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına bakıldığında; gebelikte cinsel birleşmeye yönelik kaygı alt boyutundan 30,49±7,70, gebelikte cinselliğe yönelik inançlar ve değerler alt boyutundan 38,62±7,86, gebelikte cinselliği onaylama alt boyutundan 44,46±9,15 puan, ölçek toplam puanından ise 113,58±18,45 puan alındığı ve ortalamanın üzerinde olumlu tutum içinde oldukları bulunmuştur. Gebelerin %51,7'sinin gebelikte cinselliğe karşı tutumlarının olumlu olduğu, bu durumu gebenin ve eşin eğitim durumu, yaşadığı yer, evlilik süresi ve çalışma durumu etkilediği belirlenmiştir.

Sonuç: Araştırmaya katılan gebelerin yarısının gebelikte cinselliğe yönelik olumlu tutum içinde olmasına rağmen yaklaşık olarak diğer yarısının da olumsuz tutum içinde olduğu bulunmuştur. Bu durumu gebenin ve eşin eğitim durumu, yaşadığı yer, evlilik süresi ve çalışma durumu etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda; gebelik öncesi dönemde ebeler ve diğer sağlık profesyonelleri aile planlaması hizmetleri kapsamında çiftlerin cinselliğe yönelik inanç ve tutumlarını değerlendirip, uygun danışmanlık hizmeti sunumu yapabilir. Bu sayede gebelik döneminde sağlıklı bir cinsel yaşamın sürdürülmesine profesyonel bir katkı sunulabilir.

Anahtar kelimeler: Cinsellik, cinsel tutum, ebelik, gebelik

ABSTRACT

Aim: This research was conducted to determine pregnant women's attitudes towards sexuality during pregnancy.

Method: This descriptive study was conducted with 290 pregnant women who applied to the gynecology and obstetrics outpatient clinic of Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center between May and November 2022 and agreed to participate in the research. Data were collected with the "Sociodemographic Information Form" and the "Attitude Scale towards Sexuality During Pregnancy".

The data showed normal distribution. In evaluating the data, number, percentage distribution, average standard deviation, "independent group t test", "Anova analysis of variance" and "Tukey post hoc" tests were used.

Findings: In the study, the average age of pregnant women was found to be 28.15±5.01. When the sub-dimension and total score averages of the pregnant women's attitude towards sexuality during pregnancy scale are evaluated; 30.49±7.70 points from the anxiety about sexual intercourse during pregnancy subscale, 38.62±7.86 points from the beliefs and values about sexuality during pregnancy subscale, 44.46±9.15 points from the sexuality approval subscale, and 113 points from the whole scale, They were found to have a score of 58±18.45 and were found to have a positive attitude above the average. It was determined that 51.7% of pregnant women had positive attitudes towards sexuality during pregnancy, and this situation was affected by the education level of the pregnant woman and her husband, where she lived, duration of marriage and working status.

Conclusion: It was found that although half of the pregnant women participating in the study had a positive attitude towards sexuality during pregnancy, approximately the other half had a negative attitude. It has been determined that this situation is affected by the education level of the pregnant woman and her husband, where they live, duration of marriage and working status. In line with these results; During the pre-pregnancy period, midwives and other health professionals can evaluate couples' beliefs and attitudes towards sexuality within the scope of family planning services and provide appropriate counseling services. In this way, a professional contribution can be made to maintaining a healthy sexual life during pregnancy.

Key words: Pregnancy, midwifery, sexual attitudes, sexuality

² Corresponding author: Araş. Gör. Seçil Hür, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Kırklareli/ Türkiye, e-mail: secilhur0408@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-8348-8587

¹Dr. Öğr. Üyesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Samsun/ Türkiye, e-mail: serapozturk88@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0002-3882-0966

³ Dr. Öğr. Üyesi, Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Muş/ Türkiye, e-mail: s.yurtcicek@alparslan.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-3303-7526

⁴Yükseklisans öğrencisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun/ Türkiye, e-mail: bilgesuarslann@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-7505-915X

⁵Yükseklisans öğrencisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Samsun/ Türkiye, e-mail: medineartan98@gmail.com ORCID ID: 0000-0001-8531-4831

Geliş tarihi: 23.02.2024 1. Revizyon: 26.05.2024 2. Revizyon: 08.07.2024 3. Revizyon: 06.08.2024 Kabul Tarihi: 11.09.2024 Online Yayın Tarihi: 30.11.2024

Atf/Citation: Öztürk, Altınayak S., Hür, S., Yurtçicek Eren, S., Arslan, B. ve Artan, M. (2024). COVID-19 Gebelerin cinselliğe olan tutumlarının değerlendirilmesi, Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10 (3),138-149.

Bu makale 7th EMA Education Conference'da sözlü bildiri olarak sunulmuştur."



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

EXTENDED ABSTRACT

Objective: Pregnancy is one of the most important periods in a woman's life. During this period, the body experiences many changes along with fertilization. These changes may affect the physical and mental health, social life and sexuality of the pregnant woman. Sexuality during pregnancy is more negatively affected in the first and third trimesters compared to the second trimester.

There are many misconceptions, myths and taboos about having sex during pregnancy. These beliefs and taboos can cause both pregnant women and their partners to stay away from sexual life. In the literature review, a limited number of studies were encountered regarding attitudes towards sexuality during pregnancy. In addition, it appears that the studies encountered in the literature were not conducted with a sexual attitude scale developed specifically for the pregnancy period. In this context, the aim of our research is to determine the attitudes of pregnant women towards sexuality during pregnancy by using a sexual attitude scale developed specifically for pregnancy.

Methods: This descriptive study was conducted with 290 pregnant women who applied to the Gynecology and Obstetrics outpatient clinic of Ondokuz Mayıs University Health Application and Research Center between May and November 2022 and agreed to participate in the research. Data were collected with the "Sociodemographic Information Form" and the "Attitude Scale towards Sexuality During Pregnancy". The data showed normal distribution. In evaluating the data, number, percentage distribution, average standard deviation, "independent group t test", "Anova analysis of variance" and "Tukey post hoc" tests were used

Results: In the study, the average age of pregnant women was found to be 28.15 ± 5.01 . When the sub-dimension and total score averages of the pregnant women's attitude towards sexuality during pregnancy scale are evaluated; 30.49 ± 7.70 points from the anxiety about sexual intercourse during pregnancy subscale, 38.62 ± 7.86 points from the beliefs and values about sexuality during pregnancy subscale, 44.46 ± 9.15 points from the sexuality approval subscale, and 113 points from the whole scale, They were found to have a score of 58 ± 18.45 and were found to have a positive attitude above the average. It was determined that 51.7% of pregnant women had positive attitudes towards sexuality during pregnancy, and this situation was affected by the education level of the pregnant woman and her husband, where she lived, duration of marriage and working status.

Conclusion and Suggestion: According to the findings obtained from this study, half of the

pregnant women participating in the study had positive attitudes towards sexuality during pregnancy, while the other half had negative attitudes. Studies have shown that pregnant women and their spouses may have wrong information and attitudes towards sexuality. In this context, midwives and other health professionals can evaluate the beliefs and attitudes of couples towards sexuality within the scope of family planning services. In addition, knowledge and attitude assessments about sexuality during pregnancy can be made in prenatal care services and a professional contribution can be made to maintaining a healthy sexual life during pregnancy.

GİRİŞ

Gebelik dönemi kadın yaşamında en önemli dönemlerden biridir. Bu dönemde fertilizasyon ile birlikte vücutta birçok değişiklikler yaşamaktadır. Yaşanan bu değişimlerden gebenin fiziksel ve ruhsal sağlığı, sosyal yaşamı ve cinselliği etkilenebilmektedir (Bilen ve Aksu 2016). Gebelik döneminde yaşanan bu değişimler cinsel hayatı korku, endişe ve kaçınmaya neden olarak negatif yönde etkileyebilmektedir. Bu dönem de her trimesterde vücutta farklı değişiklikler yaşanabilmektedir. Birinci trimester de artan progesteron hormonuna bağlı olarak; memelerde hassasiyetin yaşanması, vulva-vajina dokusunda ödem gelişmesine bağlı olarak ortaya çıkan hassasiyette kaynaklı olarak cinsel yaşam olumsuz etkilenebilmektedir (Pauls ve ark., 2008; Silveira Santiago ve ark., 2013). Ayrıca bu trimesterde görülen mide bulantısı, kusma, yorgunluk gibi faktörler ve cinsel ilişki sırasında bebeğe zarar verme korkusunun da libidoyu azaltıcı etkisi vardır (Poroy, 2005; Pauleta ve ark., 2010). İkinci trimester; kadın artık gebeliğin fizyolojik değişikliklerine uyum sağladığı için gebelik dönemi içinde cinsel yaşam için en uygun zamandır (Aksoy ve ark., 2019). Ancak bazı çiftler koitus sırasında bebeğin etkileneceği ve zarar göreceği düşüncesine kapılarak cinsel yaşamlarını kısıtlayabilmektedir. Üçüncü trimestere gelindiğinde ise; uterusun büyümesine paralel olarak gebede, sık idrara çıkma, yorgunluk, hareketliliğin azalması gibi rahatsızlıklar ile birlikte koitus ve orgazma bağlı olarak meydana gelen uterus kasılmaları gebelerde cinsel isteğin azalmasına ve gebelerin bu dönemde cinselliği ikinci plana almasına sebep olabilmektedir. Ayrıca enfeksiyon, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü gibi obstetrik sorunların gelişebileceği korkusu da cinselliği etkileyen diğer faktörlerdendir (Ertem ve Sevil 2010; Kul Uçtu ve ark., 2017).

Gebelik döneminde cinsellik yaşanması ile ilgili yanlış inanışlar, mitler ve tabular çokça

bulunmaktadır. Bu inanışlar ve tabular hem gebelerin hem de partnerlerinin cinsel yaşamdan uzaklaşmalarına sebep olabilmektedir (Ertem ve Sevil 2010; Kul Uçtu ve ark., 2017; Şahin, 2003).

Literatür incelendiğinde gebelikte cinsel yaşama ilişkin tutumların çok boyutlu olduğu anlaşılmaktadır (Kul Uçtu ve ark., 2017; Taylor, 2007). Yapılan literatür taramasında gebelikte cinselliğe ilişkin tutuma yönelik sınırlı sayıda çalışma ile karşılaşmıştır. Ayrıca literatürde karşılaşılan çalışmalar gebelik dönemine özgü geliştirilmiş bir cinsel tutum ölçeği ile yapılmadığı görülmektedir. Bu bağlamda araştırmamızın amacı gebelerin gebelik döneminde cinselliğe karşı tutumlarını gebeliğe özgü geliştirilmiş bir cinsel tutum ölçeği kullanarak belirlemektir. Bu bağlamda gebelerin cinsel tutumlarını etkileyen faktörlerin belirlenerek birinci basamakta yapılan gebe izlemlerinde olmak üzere ebeler ve hemşireler ile gebelerin karşılaştığı her alanda gebelerin daha olumlu cinsel tutum geliştirebilmelerine yardımcı olabilmek için çalışmamızın bulgularının rehberlik etmesini amaçlamaktayız.

Araştırmanın Soruları

1. Araştırmaya katılan gebelerin gebelikte cinselliğe yönelik tutumları ne yöndedir?
2. Gebelerin cinselliğe yönelik tutumlarını neler etkilemektedir?

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı: Araştırma gebelerin gebelik döneminde cinselliğe karşı tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Tipi: Tanımlayıcı ve kesitsel tasarımdadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin kadın doğum polikliniğinde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Mayıs 2022- Kasım 2022 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin gebe polikliniğine başvuran gebeler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmada evreni bilinmeyen örneklem büyüklüğü formülü kullanılarak, raosoft sample size calculation programı ile araştırmada 267 gebeye ulaşılması hedeflenmiştir ($\alpha=0.05$, $1-\beta=0.90$) (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>).

Olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi ile veriler toplanmıştır. Gebelik tanısı alan (intrauterin gebeliği olan), 18 yaş ve üzerinde olan, tanı konulmuş psikiyatrik bir hastalığı

olmayan, okuma-yazma bilen, mental yetersizliği ve iletişim problemi bulunmayan, doktoru tarafından cinsel aktivitesi kısıtlanmamış sağlıklı, araştırmaya katılmaya gönüllü olan 290 gebe dahil edilerek oluşturmuştur. Çalışmada $p<.05$ anlamlılık düzeyi kabul edilecektir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın veri toplama araçları; "Sosyodemografik Bilgi Formu" ve "Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği" dir.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanan sosyodemografik bilgi formu; yaş, çalışma ve eğitim durumu, gebelik sayısı, gebelik haftası gibi 18 sorudan oluşmaktadır (Bilen ve Aksu 2016; Ertem ve Sevil 2010; Sezer ve Şentürk Erenel 2021).

Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği (GCKTÖ); Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Sezer ve Şentürk Erenel (2021) tarafından yapılan ölçek hem gebeler hem de eşlerinin gebelik döneminde cinselliğe karşı tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır (Sezer ve Şentürk Erenel 2021). Ölçek toplam 34 maddeden ve "gebelikte cinsel birleşmeye yönelik kaygı", "gebelikte cinselliği onaylama" ve "gebelikte cinselliğe yönelik inançlar ve değerler" olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Beşli likert tipte olan ölçekten minimum 34, maksimum 170 puan alınabilmekte olup, katılımcıların 111,5 ve üzerinde puan alması, gebelikte cinselliğe karşı tutumlarının olumlu olduğu yönünde yorumlanmaktadır. Orijinal araştırmada, ölçeğin tümü için cronbach alfa katsayısı 0,902 olarak saptanmıştır (Sezer ve Şentürk Erenel 2021). Bu araştırma da ise ölçeğin tamamı için cronbach alfa değeri 0,88 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum izni ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulunun 25.03.2022 tarih ve 2022-236 kararıyla etik onay alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere çalışma hakkında gerekli bilgilendirilmeler yapılmış olup, "Bilgilendirilmiş Onamları" alınmıştır.

Verilerin Toplanması

Veriler Mayıs 2022 - Kasım 2022 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde gebe polikliniğine başvuran gebelerden bekleme alanında toplanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmış olup, veri toplama araçlarının gebeler tarafından yanıtlanması yaklaşık olarak 5 ile 10 dakika arası bir sürede gerçekleşmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0 programı kullanılmıştır. Araştırmada verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, en düşük, en yüksek değerler gibi tanımlayıcı istatistikler ile, “bağımsız grup t testi”, “Tek Yönlü Anova varyans analizi”, “Tukey post hoc testi” gibi istatistiksel analizler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu çarpıklık ve basıklık değerleri ile değerlendirilmiştir. Bunun için çarpıklık ve basıklık değerlerinin +2 ile -2 arasında değişmesi gerekmektedir. Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği'nin (çarpıklık: -0,198, basıklık: +0,285) normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir (George ve Mallery 2010). Analizler değerlendirilirken $p < 0,05$ anlamlılık değeri referans alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezine başvuran 290 gebe ile yürütüldüğünden, tüm gebelere genellenemez, sadece bu çalışmaya katılan gebelerin durumunu yansıtmaktadır.

BULGULAR

Tablo 1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	n=290	%	
Eğitim durumu	Ortaokul veya altı	117	40,3
	Lise	94	32,4
	Üniversite ve üzeri	79	27,3
Eşin eğitim durumu	Ortaokul veya altı	125	43,1
	Lise	102	35,2
	Üniversite ve üzeri	63	21,7
Yaşadığı yer	Köy	26	9,0
	İlçe	103	35,5
	İl	161	55,5
Aile tipi	Çekirdek aile	256	88,3
	Geniş aile	34	11,7
Evlilik süresi (yıl)	0-4	146	50,3
	5 ve üzeri	144	49,7
Çalışma durumu	Evet	52	17,9
	Hayır	238	82,1
Gelir durumu	Gelir giderden az	114	39,3
	Gelir gidere eşit	154	53,1
	Gelir giderden fazla	22	7,6

Gebelerin bazı sağlık ve obstetrik özellikleri değerlendirildiğinde; %34,2'sinin 3 ve üzeri gebeliğe sahip olduğu, %75,2'sinin düşük yapmadığı, %68,3'ünün gebeliğinin planlı olduğu, %96,6'sının gebeliğinin tedavi ile olmadığı bulunmuştur (Tablo2).

Tablo 2. Gebelerin Bazı Sağlık ve Obstetrik Özellikleri

Değişkenler	n:290	%	
Gebelik sayısı	1	94	32,4
	2	97	33,4
	3 ve üzeri	99	34,2
Düşük yapma durumu	Evet	72	24,8
	Hayır	218	75,2
Gebeliğin planlı olması	Evet	198	68,3
	Hayır	92	31,7
Gebeliğin tedavi ile olması	Evet	10	3,4
	Hayır	280	96,6

Tablo 3a. Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeğinin Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Gebelikte Birleşmeye Kaygı Ort±ss	Cinsel Yönelik Ort±ss	Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler Ort±ss	Gebelikte Cinselliği Onaylama Ort±ss	Ölçek toplamı Ort±ss
Eğitim durumu					
Ortaokul veya altı ^a	29,09 ±7,71	36,21 ±7,79	42,35±9,66	107,66±16,68	
Lise ^b	30,36 ±8,09	38,81 ±8,31	44,19±8,16	113,37±18,95	
Üniversite ve üzeri ^c	32,72 ±6,74	41,94±6,00	47,92±8,56	122,59±16,85	
Test ve p değeri	F=-5,40 p=0,00 c>a	F=-13,70 p=0,00 c>a, c>b, b>a	F=-9,30 p=0,00 c>a, c>b	F=-9,30 p=0,00 c>a, c>b	
Eşin eğitim durumu					
Ortaokul veya altı ^a	29,21 ±8,2	37,19 ±8,51	43,20±9,73	109,61±19,09	
Lise ^b	31,07 ±7,24	38,70 ±7,53	44,79±8,33	114,58±17,35	
Üniversite veya üzeri ^c	32,07 ±7,51	41,31±6,23	46,44±8,99	119,84±17,12	
Test ve p değeri	F=-3,39 p=0,03 c>a	F=-5,97 p=0,00 c>a	F=-2,74 p=0,06 c>a	F=-6,94 p=0,00 c>a	
Yaşadığı yer					
Köy ^a	30,82 ±7,33	39,01 ±7,71	44,87±9,12	114,72±18,42	
İlçe ^b	30,47 ±7,73	39,00 ±7,46	43,98±9,10	113,46±17,47	
İl ^c	28,50 ±9,68	34,65±9,38	43,84±9,79	107,00±21,52	
Test ve p değeri	F=-1,01 p=0,36	F=-3,70 p=0,02 c>a, c>b	F=-0,36 p=0,69	F=-1,97 p=0,14	
Aile tipi					
Çekirdek aile	30,60±7,76	38,71±7,82	44,69±9,01	114,02±18,53	
Geniş aile	29,64 ±7,31	37,94±8,17	42,70±10,11	110,29±17,74	
Test ve p değeri	t=0,68 p=0,49	t=-0,53 p=0,59	t=1,19 p=0,23	t=-1,10 p=0,27	
Evlilik süresi					
0-4 yıl	31,77±7,67	40,00±7,28	44,31±9,14	116,10±17,97	
5 yıl ve üzeri	29,19±7,55	37,21±8,18	44,61±9,19	111,03±18,63	
Test ve p değeri	t=2,88 p=0,00	t=3,06 p=0,00	t=-,28 p=,77	t=2,35 p=0,01	
Çalışma durumu					
Çalışan	31,71±5,49	41,92±6,27	46,09±7,43	119,73±15,55	
Çalışmayan	30,22±8,09	37,89±7,99	44,10±9,46	112,24±18,78	
Test ve p değeri	t=1,60 p=0,11	t=3,40 p=0,00	t=1,42 p=0,15	t=2,68 p=0,00	
Gelir durumu					
Gelir giderden az	29,53±7,93	37,49±8,14	43,99±9,22	111,02±18,91	
Gelir gidere eşit	31,11±7,51	39,33±7,50	44,48±8,88	114,94±17,56	
Gelir giderden fazla	31,09±7,69	39,45±8,42	46,77±10,67	117,32±21,14	
Test ve p değeri	F=1,45 p=0,23	F=1,95 p=0,14	F=0,85 p=0,42	F=1,98 p=0,13	

Analizlerde ANOVA ("F") ve Bağımsız gruplarda t-testi ("t") kullanılmıştır

Gebelerin sosyodemografik özellikleri ile toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; gebelikte cinsel birleşmeye yönelik kaygı alt boyut puan ortalamaları ile gebenin eğitim durumu, eşin eğitim durumu ve evlilik süreleri arasında; gebelikte cinselliğe yönelik inançlar ve değerler alt boyut puan ortalamaları ile gebenin eğitim durumu, eşin eğitim durumu, yaşadığı yer, evlilik süresi ve çalışma durumu arasında; gebelikte cinselliği

onaylama alt boyut puan ortalamaları ile gebenin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçek toplam puan ortalamaları incelendiğinde; gebenin eğitim durumu, eşin eğitim durumu, evlilik süresi, çalışma durumu ile toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3a ve 3b).

Tablo 4. Gebelerin Bazı Obstetrik Özelliklerine Göre Aldığı Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamaları

Özellikler	Ölçek Alt Boyutları				Ölçek Toplamı Ort±ss	
	Gebelikte Birleşmeye Yönelik Kaygı Ort±ss	Cinsel Yönelik Kaygı Ort±ss	Gebelikte Yönelik Değerler Ort±ss	Cinselliğe ve İnançlar ve Ort±ss		
Gebelik sayısı						
1	31,13 ±7,99		39,32 ±8,00		44,74±9,40	115,21±19,88
2	31,47 ±7,12		39,27 ±7,13		45,15±8,17	115,91±15,14
3 ve üzeri	28,91 ±7,80		37,30±8,30		43,52±9,82	109,75±19,52
Test ve p değeri	F=-3.22 p=0.05		F=-2.12 p=0.12		F=-0.83 p=0.43	F=-3.32 p=0.05
Düşük yapma durumu						
Evet	29,29±8,54		37,69±8,64		42,54±9,49	109,53±20,77
Hayır	30,88±7,39		38,92±7,57		45,10±8,97	114,92±17,46
Test ve p değeri	t=-1.52 p=0.12		t=-1.15 p=0.25		t=-2.06 p=0.04	t=-2.16 p=0.03
Gebeliğin planlı olması						
Evet	30,32±7,76		38,58±7,81		44,12±9,33	113,04±17,74
Hayır	30,84±7,62		38,69±7,99		45,20±8,75	114,75±19,93
Test ve p değeri	t=-,53 p=0,59		t=-,11 p=0,91		t=-,93 p=0,34	t=-,73 p=0,46
Gebeliğin tedavi ile olması						
Evet	30,70±8,68		36,60±8,39		38,80±8,13	106,10±16,70
Hayır	30,48±7,69		38,69±7,84		44,66±9,13	113,85±18,48
Test ve p değeri	t=0,08 p=0,93		t=-,82 p=0,40		t=-2,00 p=0,05	t=-1,30 p=0,19

Gebelerin bazı obstetrik özellikleri incelendiğinde; gebelikte cinsel birleşmeye yönelik ölçek alt boyut puan ortalamaları ve gebelikte cinselliğe yönelik inançlar ve değerler ölçek alt boyut puan ortalamaları

ile gebelik sayısı, düşük yapma durumu, gebeliğin planlı ve tedavi ile olması toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Gebelikte cinselliği onaylama

alt boyut puan ortalaması ile düşük yapma durumu toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Ölçek toplam

puan ortalaması ile düşük yapma durumu toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5. Gebelerin gebelikte cinselliğe karşı tutum ölçeğinin alt boyutlarından alınabilecek ve alınan min-max puanlar ile puan ortalamaları

Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği	Ölçekten Alınabilecek Min-max	Ölçekten Alınan Min-max	Ölçek Puan Ort±ss
Gebelikte Cinsel Birleşmeye Yönelik Kaygı	9-45	9-45	30,49±7,70
Gebelikte Cinselliğe Yönelik İnançlar ve Değerler	10-50	10-50	38,62±7,86
Gebelikte Cinselliği Onaylama	15-75	15-71	44,46±9,15
Ölçek toplamı	34-170	43-161	113,58±18,45

Gebelerin gebelikte cinselliğe karşı tutum ölçeğinden alabilecekleri minimum puan 34, maksimum puan ise 170 puandır. Araştırmada gebeler GCKTÖ'nden

aldıkları toplam puan 113,58±18,45 olarak bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6. Gebelerin gebelikte cinselliğe karşı tutum ölçeğinin kesme noktalarına göre dağılımı

Ölçek toplam puan	Sayı (n=290)	%
111,4 ve altı puan	140	48,3
111,5 ve üzeri puan	150	51,7

Gebelerin ölçeğin kesme noktasına göre aldığı toplam puanları incelendiğinde %48,3'ünün gebelikte cinselliğe karşı tutumları olumsuz, %51,7'sinin ise gebelikte cinselliğe karşı tutumları olumlu olarak bulunmuştur (Tablo 6).

TARTIŞMA

Cinsellik yaşamın doğal bir parçasıdır. Ancak cinselliğe yönelik değerler, tutumlar, davranışlar, fiziksel görünüş, kişilik, duygular, inanışlar ve sosyal çevreden etkilenerek şekillenir (Bozdemir ve Özcan 2011). Kadın yaşamının önemli bir dönemi olan gebelik ise cinselliğe yönelik tutumları etkileyebilmektedir. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde uterus büyür ve fetüs daha fark edilir bir hal alır. Bu durum, gebelikte cinsel aktivite sırasında fetüsün zarar görebileceğini düşündürür ve çiftlerin gebelikte cinselliği sakıncalı bulmalarına neden olur. Bu durum pek çok çiftte korku oluşturabilir.

Gebelikte cinselliğe yönelik tutumların incelendiği bu araştırmada aile tipi ve gelir durumu algısı; gebelikte cinsel tutum ölçek puanı açısından istatistiksel anlamda etkilemese de, geniş ailede olanlar ile gelir durumunu orta ve

kötü algılayanların daha olumsuz tutum içinde oldukları belirlenmiştir (Tablo 3). Araştırmadaki bu bulgu Pamuk'un (2021) araştırma bulguları ile benzer niteliktedir (Pamuk, 2021). Bal ve Güney (2023)'in çalışmasında da gelir durumu iyileştikçe gebelikte cinselliğe yönelik daha olumlu bir tutum içinde oldukları bildirilmiştir. Dağlı ve Aktaş-Reyhan (2021)'in gençlerin gebelikte cinselliğe ilişkin tutumlarını değerlendirdiği çalışmasında geniş ailede yaşayan gençlerin çekirdek ailede yaşayanlara göre daha fazla cinsel mitleri olduğu bildirilmiştir. Toplumsal normların gebelikte cinsel isteğin ve aktivitenin olmaması yönünde ağır bastığı görülmektedir (Bal ve Güney, 2023; Dağlı ve Reyhan-Aktaş 2021; Sungur, 1998).

Bilen ve Aksu (2016)'un gebelikte libido düzeylerini değerlendirdiği çalışmada bir yıllık evli olan kadınların daha uzun süredir evli olanlara göre libido skorları yüksek bildirilmiştir (Bilen ve Aksu 2016). Bal ve Güney (2023)'in çalışmasında da 1-5 yıl arasındaki evliliklerde daha uzun evliliklere göre olumlu cinsel tutumda oldukları bildirilmiştir. Bu araştırmada da evlilik süresi 5 yıla kadar olanların gebelikte cinselliğe

yönelik daha olumlu tutum içinde oldukları belirlenmiştir (Tablo 3). Araştırmamızın bulgusu Bilen ve Aksu (2016) ile Bal ve Güney (2023)'in çalışması ile paralellik göstermektedir (Bilen ve Aksu, 2016; Bal ve Güney, 2023).

Bu araştırma bulgularına göre gebenin ve eşinin çalışıyor olması gebelikte cinselliğe yönelik tutumu olumlu etkilediği belirlenmiştir (Tablo 3). Bilen ve Aksu (2016)'nın çalışması ile Pamuk (2021)'un çalışmasında çalışma durumunun gebelikte cinselliğe yönelik tutumu olumlu etkilediği bildirmiştir. Araştırmanın bu bulgusu literatür bulguları ile benzer niteliktedir (Bilen ve Aksu 2016; Pamuk, 2021).

Tarih boyunca gebelikte cinsellik ile ilgili yanlış düşünceler, mitler ve tabular söz konusu olmuştur (Ertem ve Sevil 2010). Bunlardan birinin de gebelikte cinsel birlikteliğin düşüğe neden olabileceğine yönünde bir mit olduğu söylenebilir. Bu çalışmada düşük yapan gebelerin düşük yapmayanlara göre daha olumsuz cinsel tutum içinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Pamuk (2021)'un araştırmasında da düşük deneyimi yaşayanların gebelikte cinselliğe yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir. Şahingöz (2021)'ün çalışmasında ise gebelerin yarısından biraz fazlasının gebelikte yaşanan cinsel eylemin düşüğe neden olabileceğine inandıkları bildirilmiştir (Şahingöz, 2021). Literatürdeki bu bulgular ile araştırmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Gebelikte cinselliğe yönelik tutumlarını; genellikle cinsel eylemin abortusa ve preterm eyleme neden olmasında korkma, fetüse zarar vermektan korkma ve gebelik sürecinde cinsel ilişkinin günah olduğuna inanma gibi dini inanışların etkilediği belirtilmiştir (Ertem ve Sevil 2010; Kaya ve ark., 2022).

Bu çalışmada gebelerin gebelik sayısı, gebeliğin planlı olması ve gebe kalma şekli konusunda istatistiksel anlamda fark saptanmamış olsa da gebelik sayısı daha fazla olan, gebeliği planlı ve tedavi ile gerçekleşen gebelerin gebelikte cinselliğe karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4). Pamuk (2021) çalışmasında tedavi ile gebe kalan gebelerin daha olumsuz cinsel tutum içinde olduğunu bildirmiştir. Bu noktada çalışmamızın verileri ile paralellik göstermektedir (Pamuk, 2021). Ancak Pamuk (2021) çalışmasında ilk gebeliği olanlar ile 3 ve üzeri gebelik geçirenlerin, buna ek olarak gebeliği plansız olanların daha olumsuz cinsel tutum içinde olduğunu bildirmiştir (Pamuk,

2021). Hem bu çalışmada hem de Pamuk (2021)'un çalışmasında Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği'nin 111,4 olarak belirlenen kesme puanının üzerinde yani olumlu tutum içinde oldukları görülmektedir (Pamuk, 2021). Bu anlamda çalışmamız ile Pamuk (2021)'in çalışmasının benzerlik gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmada gebelerin gebelikte cinsel birleşme ile ilgili olarak orta düzeyde kaygılı oldukları ifade edilebilir (Tablo 5). Pamuk (2021) ile Bal ve Güney (2023)'in araştırma bulguları da bu çalışmamızın sonucu destekler niteliktedir (Pamuk, 2021; Bal ve Güney, 2023). İki çalışmada da kaygının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Ulusal ve uluslararası literatürde gebelikte cinsel ilişkiye yönelik kaygılı durumları belirleyen çalışmalar mevcuttur. Gebelikte cinsel ilişkiyi sakıncalı bulma, doğru bulmama, güvenli bulmama, günah olduğunu düşünme gibi pek çok mitlerin yanı sıra; başta bebeğe zarar verme düşünce olmak üzere; düşük, erken membran rüptürü, erken doğum riskini artırma, fetusun kör olmasına veya sakat doğmasına ve kız bebeklerde hymene zarar verme gibi kaygılar mevcuttur. (Sacomori ve Cardoso, 2010; Rados ve ark., 2015; Kong ve ark., 2019; Akyüz ve ark., 2020; Şahingöz, 2021; Ribeiro ve ark., 2017 Kahraman ve ark., 2022). Söz konusu kaygılar olumsuz inanç ve değerlerin oluşmasına ve gebelikte cinsel tutumu olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Bu çalışmada gebelerin cinselliğe yönelik inanç ve değerler konusunda olumlu tutuma sahip oldukları söylenebilir (Tablo 5). Pamuk (2021) ile Bal ve Güney (2023)'in çalışma bulguları çalışmamızı destekler niteliktedir (Pamuk, 2021; Bal ve Güney, 2023). Yuvarlan ve Beydağ (2024)'in çalışmasında ise gebelerin gebelikte cinselliğe ilişkin inanç ve değerler boyutunun olumsuz düzeyde olduğu bildirilmiştir (Yuvarlan ve Beydağ, 2024). Akyüz ve ark. (2020)'ın Türkiye (n:30 gebe), İran (n:30 gebe) ve Yunanistan'da (n:30 gebe) yaptığı çalışmada Türkiye'deki gebelerin %30'unun cinsellikle ilgili tabuya sahip olduğu, bu oranın İran'da %13, Yunanistan'da ise %3,3 olduğu bildirilmiştir (Akyüz ve ark., 2020). Bu sonuçlar doğrultusunda; kültür, inanç ve değerlerin gebelikte cinsellik üzerinde etkili olduğu ifade edilebilir.

Bu çalışmada; gebelikte cinselliği onaylama durumunun orta düzeyde olduğu söylenebilir (Tablo 5). Literatürdeki bazı çalışmalar

araştırmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir (Pamuk, 2021; Yuvarlan ve Beydağ, 2024; Bal ve Güney, 2023). Literatür değerlendirildiğinde gebelikte cinsellik ile ilgili kaygı ve olumsuz inanışların artması, cinselliği onaylama durumunu etkilediği, bu sebeple gebelik döneminde cinsel aktivitede bulunmayan gebelerin olduğu belirtilmiştir” duğu belirlenmiştir. (Şahingöz, 2021; Akyüz ve ark., 2020; Yuvarlan ve Beydağ, 2024). Gebelikte cinselliğe ilişkin bilgi eksikliğinin kaygıya ve dolayısıyla gebelikte cinselliğin onaylanma durumunu olumsuz etkilediği söylenebilir.

Bu çalışmada gebelikte cinselliğe karşı tutum ölçeğinin toplam puan ortalamasının $113,58 \pm 18,45$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 5). Ölçeğin kesme noktasının 111,5 olması nedeniyle bu çalışmaya katılan gebelerin gebelikte cinsel tutumlarının olumlu olduğu söylenebilir. Araştırmanın bu bulgusu Pamuk’un (2021) ile Bal ve Güney (2023)’in araştırma bulguları ile paralellik gösterdiği söylenebilir (Pamuk, 2021; Bal ve Güney, 2023). Benzer şekilde Alan Dikmen ve arkadaşları (2023) ile Çini (2023)’in çalışmalarında da gebelerin cinsel tutumlarının olumlu yönde olduğu bildirilmiştir (Pamuk, 2021; Alan Dikmen ve ark., 2023; Çini, 2023). Buna karşın Yuvarlan ve Beydağ (2024)’in ile Bilgiç ve Karaahmet (2022)’in çalışmalarında ise gebelerin cinsel tutumlarının olumsuz olduğu bildirilmiştir (Yuvarlan ve Beydağ, 2024; Bilgiç ve Karaahmet, 2022). Çalışmaların yapıldığı coğrafi konum, gebelikte cinsellik ile ilgili eğitim ve danışmanlık alma durumu gibi faktörler çalışmanın bulgularını etkilemiş olabilir.

Çalışmamızın bir diğer sonucu ise gebelerin yarısına yakınının gebelikte cinselliğe ilişkin olumsuz tutum içinde oldukları (%48,3), yarısından az biraz fazlasının ise olumlu tutum içinde oldukları (%51,7) belirlenmiştir (Tablo 6). Pamuk (2021) çalışmasında ise gebelerin yaklaşık üçte birinin olumsuz tutuma, yaklaşık üçte ikisinin ise olumlu tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. İki çalışmanın kısmen benzer olduğu söylenebilir (Pamuk, 2021). Leite ve ark. (2020) tarafından yapılan nitel bir araştırmada, yorgunluk ve uterusun büyümesi gibi fiziksel değişimlerin cinsel aktivite sıklığında azalmaya neden olduğu, dolayısıyla kadının cinselliğini gebelikte meydana gelen fiziksel değişikliklerin

olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (Leite ve ark., 2020). Bilen ve Aksu’nun 2016 yılında 105 çift ile yaptığı çalışmada; çiftlerin dörtte birinden fazlası gebeliğin cinsel yaşamlarını etkilediği, bunların çoğunluğunun ise olumsuz yönde etkilendiği bildirilmiştir (Bilen ve Aksu 2016). Kadınların ve erkeklerin gebelik öncesi ve sırasındaki libido skorları değerlendirildiğinde ise her iki grubunda gebelik sırasındaki libido skorlarının gebelik öncesine göre düştüğü belirlenmiştir (Bilen ve Aksu 2016). İspanya’da son trimesterde olan 15 gebe ile gerçekleştirilen nitel bir çalışmada; gebelerin, kendisinin ve eşinin cinsel isteklerini bir kenara bırakarak bebeğin iyiliğine odaklandığı belirlenmiştir (Pizarro ve ark., 2019). Araştırmamızda gebelerin yarısına yakınının gebelikte cinselliğe karşı olumsuz tutumda olduğu belirlenmiş olup, literatürde farklı oranlarda da olsa gebelik döneminde cinsel yaşamın olumsuz yönde etkilendiği söylenebilir.

Sınırlılıklar

Bu araştırma Karadeniz bölgesinde bir ilde Sağlık Uygulama ve Araştırma merkezine başvuran 290 gebe ile yürütüldüğünden, tüm gebelere genellenemez, sadece bu çalışmaya katılan gebelerin durumlarını yansıtır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre; araştırmaya katılan gebelerin yarısı gebelikte cinselliğe yönelik olumlu tutumlar içinde olsa da diğer yarısı olumsuz tutumlara sahiptir. Yapılan çalışmalar gebelerin ve eşlerinin cinselliğe yönelik yanlış bilgi ve tutum içinde olduklarını göstermiştir. Gebelikte cinsellik konusunda danışmanlığın yetersiz olduğu, batıl inanç ve davranışların yaygın olduğu toplumlarda cinsellik olumsuz etkilenebilmektedir (Yuvarlan ve Beydağ 2024). Bu bağlamda gebelik öncesi dönemde ebeler ve diğer sağlık profesyonelleri aile planlaması hizmetleri kapsamında çiftlerin cinselliğe yönelik inanç ve tutumlarını değerlendirebilir. Yapılan değerlendirmeye göre gerekli danışmanlık hizmeti verilerek gebelik döneminde sağlıklı bir cinsel yaşamın sürdürülmesine olanak sağlanabilir.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval: Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum izni ve Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulunun 25.03.2022 tarih ve 2022-236 kararıyla etik onay alınmıştır. Araştırmaya katılan bireylere çalışma hakkında gerekli bilgilendirilmeler yapılmış olup, "Bilgilendirilmiş Onamları" alınmıştır.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

YazarKatkısı/AuthorContributions:

Fikir/kavram: SÖA; Tasarım: SÖA; Danışmanlık: SÖA, SH; Veri toplama: BA, MA; Veri İşlem BA, MA; Analiz ve/veya Yorum: SYH, SY; Kaynak tarama: SÖA, SH; Makalenin Yazımı: SÖA, SYH, SY; Eleştirel inceleme: SÖA; Kaynaklar ve fon sağlama: SÖA

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Bu araştırma için finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Aksoy, A., Yılmaz, D. V., ve Yılmaz, M. (2019). Gebelikte cinsel yaşantıyı neler etkiler?. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(1), 45-53. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/amusbfd/issue/4298/5/428538>
- Akyuz, M. D., Turfan, E. C., Oner, S. C., Sakar, T., & Aktay, D. M. (2020). Sexual functions in pregnancy: different situations in near geography: a case study on Turkey, Iran and Greece. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(2), 222-229. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1488164>
- Alan Dikmen, H., Gönenç, İ. M., & Özeydin, T. (2023). Sexuality during pregnancy: Attitudes, self-efficacy and self-consciousness. *Women & Health*, 63(7), 518-530. doi:10.1080/03630242.2023.2234503
- Bal, Z., ve Güney, E. (2023). Gebelerin, cinsel yaşam ve cinselliğe karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *Androloji Bülteni*, 25(1).
- Bilen, S.Z., ve Aksu, H. (2016). Gebelikte eşlerin cinsel yaşamı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(2), 128-138. Erişim adresi: <https://doi.org/10.17049/ahsbd.42692>
- Bilgiç, F. Ş., Karahmet, A.Y. (2022). Attitudes and beliefs regarding sexuality in pregnancy affect sexuality Turkey example: A cross-sectional study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Sep;276:14-20*. Erişim Adresi: doi: 10.1016/j.ejogrb.2022.06.015. Epub 2022 Jun 30. PMID: 35797819.
- Bozdemir, N., ve Özcan, S. (2011). Cinselliğe ve cinsel sağlığa genel bakış. *Turkish journal of family medicine and primary care*, 5(4), 37-46. Erişim adresi: www.tjfmpc.com
- Çini, E. (2023). Gebelerin e-sağlık okuryazarlığının cinselliğe karşı tutumları ile ilişkisi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Dağlı, E., ve Reyhan, F. A. (2021). Gençlerin gebelikte cinselliğe ilişkin yanlış bilgi, tutum ve inançları. *Androloji Bülteni*, 23(4), 238-243. Erişim adresi: <https://doi.org/10.24898/tandro.2021.61482>
- Ertem, G., ve Sevil, Ü. (2010). Gebeliğin cinselliğe etkisi. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2(7), 40-47.
- George, D., & Mallery, M. (2010). SPSS for windows step by step: A simple study guide and reference, Boston, Pearson.
- Kahraman, A., AYTEKİN, M.Ş., ve ÖCALAN, D. (2022). Gebelikte yaşanan cinsel sorunlar ve güncel ebelik yaklaşımı. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 147-155. Erişim adresi: <https://doi.org/10.46413/boneyusbad.1082022>
- Kaya, H. D., Yılmaz, T., Günaydin, S., Çalımlı, E.N., & Sadeghi, E. (2022). Sexual myths during pregnancy: a comparative study. *J Obstet Gynaecol*, 42(4), 587-593. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1931826>
- Kong, L., Li, T., & Li, L. (2019). The impact of sexual intercourse during pregnancy on obstetric and neonatal outcomes: A cohort study in China. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(4), 455-460. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1533930>
- Kul Uçtu, A., Bekmezci, H., ve Özerdoğan, N. (2017). Gebelikte cinsellik. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 171-175. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/gumussagbil/issue/31206/368107>
- Leite, C. C., Masochini, R. G., Cunha, A. N., Paese, M. C., Barros, C. R., Jesus, S. V., & Cavalcante, P. P. (2020). Sexuality during pregnancy: perceptions of pregnant women in an educational group. *Sci Elec Arch*, 13(4), 76-85. Erişim adresi: <http://dx.doi.org/10.36560/1342020904>
- Pamuk, T. (2021). Gebelerin cinselliğe karşı tutumunun cinsel işleve etkisi. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ordu. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> adresinde erişilmiştir (Tez numarası: 683052)
- Pauleta, J. R., Pereira, N. M., & Graça, L. M. (2010). Sexuality during pregnancy. *The journal of sexual medicine*, 7(1_Part_1), 136-142. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01538.x>
- Pauls, R. N., Occhino, J. A., & Dryfhout, V. L. (2008). Effects of pregnancy on female sexual function and body image: A prospective study. *The journal of sexual medicine*, 5(8), 1915-1922. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00884.x>
- Pizarro, I. P., Martín, A. T. D., Prieto, V. B., Sánchez, A. M., & Espuela, F. L. (2019). Comportamiento y actitud frente a la sexualidad de la mujer embarazada durante el último trimestre. Estudio fenomenológico. *Atención Primaria*, 51(3), 127-134. Erişim Adresi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.02.003>
- Poroy A. (2005). Türkiye’de Cinsellik. Alfa Basım Yayım Dağıtım Ltd. Şti, İstanbul.
- Rados, S. N., Vranes, H. S., & Sunjic, M. (2015). Sexuality during pregnancy: What is important for sexual satisfaction in expectant fathers? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(3), 282-293. doi: 10.1080/0092623X.2014.889054
- Ribeiro, M. C., de Tubino Scanavino, M., do Amaral, M. L. S., de Moraes Horta, A. L., & Torloni, M. R. (2017). Beliefs about sexual activity during pregnancy: A systematic review of the literature. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 43 (8): 822832. doi: 10.1080/0092623X.2017.1305031.
- Sacmori, C., & Cardoso, F. L. (2010). Sexual initiative and intercourse behavior during pregnancy among Brazilian women: A retrospective study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 36(2), 124-136. doi: 10.1080/00926230903554503
- Sezer, N. Y., & Şentürk Erenel, A. (2021). Development of an attitude scale toward sexuality during pregnancy. *Journal of Sex & Marital*

- Therapy*, 47(5), 492-507. Erişim adresi:
<https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1911892>
- Silveira Santiago, L. R., Silva Lara, L. A. D., Salata Romão, A. P. M., Mata Tiezzi, M. F. B. D., & Rosa e Silva, A. C. J. D. S. (2013). Impact of pregnancy on the sex life of women: state of the art. *International Journal of Clinical Medicine*, 4(05), 257-264. Erişim adresi:
<http://dx.doi.org/10.4236/ijcm.2013.45045>
- Sungur, M.Z. (1998). Cinsel eğitim. *J Clin Psy*, 1:103. https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_1_2_1_03_108.pdf
- Şahin, H. N. (2003). Gebelikte seksüel değişiklikler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 13(51), 25-36. Erişim adresi:
<https://dergipark.org.tr/en/pub/fnjn/issue/9027/112544>
- Şahingöz M. (2021). Gebelikte cinsel mitlerin cinsel yaşam kalitesi üzerine etkisi. Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya. <http://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi> adresinde erişilmiştir (Tez numarası: 699016)
- Taylor T. F. (2013). The origins of human sexual culture: Sex, gender and social control. In *Handbook of the Evolution of Human Sexuality*, Routledge, 69-105.
- Yuvarlan, E., ve Beydağ, K. D. Gebelerin Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutumu ve Etkileyen Faktörler. *Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 21-31.

Araştırma Makalesi/Research Article

Pregnant Women's Knowledge About Preconception Counselling And Status of Receiving Preconception Counselling/Care in Turkey

Mükerrem BAŞLI¹, Hilmiye AKSU²

Gebelerin Prekonsepsiyonel Danışmanlık İle İlgili Bilgileri ve Prekonsepsiyonel Danışmanlık/Bakım Alma Durumları

ABSTRACT

This study has been carried out to reveal pregnant women's knowledge about preconception counselling (PCC) and their status of receiving counselling/care in Turkey. This study has been designed as descriptive and cross-sectional study. It has been conducted with 361 pregnant women in Aydın which is located in west of Turkey. The data has been collected by a questionnaire prepared by the researchers. This study has shown that 48.2% of the participants did not know what preconception care was, and 65% did not know the preconception tests/analyses/examinations. Of pregnant women, 82.5% has thought that preconception care was significant for both genders, 67.6% has thought it was necessary for all reproductive-aged individuals. Our study has shown that most of the participants were not provided with preconception counselling/care. Employment status, educational status, and longest-lived city/region were related with women's knowledge ($p < .05$). According to this study, women have insufficient information about the topic and the rate of women receiving preconception care was low. Nurses are one of the most important healthcare professionals to provide preconception care properly. That is why they are recommended to keep their knowledge updated to deliver effective preconception care. In order to achieve this, they should conduct researches about PCC, and participate in certificate programs and in-service trainings.

Keywords: Knowledge, preconception care, preconception counselling, pregnant

ÖZ

Bu çalışma Türkiye'de gebe kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık konusundaki bilgilerini ve danışmanlık/bakım alma durumlarını ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu çalışma 361 gebe kadın ile Türkiye'nin batısında yer alan Aydın'da gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan anket aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmada katılımcıların %48.2'sinin gebelik öncesi bakımın ne olduğunu bilmediği, %65'inin ise gebelik öncesi test-analiz-muayeneleri bilmediği belirlenmiştir. Gebelerin %82.5'i her iki cinsiyet için de gebelik öncesi bakımın gerekli olduğunu, %67.6'sı tüm üreme çağındaki bireyler için gerekli olduğunu düşünmektedir. Çalışmamız, katılımcıların çoğuna gebelik öncesi danışmanlık/bakım sağlanmadığını göstermiştir. Çalışma durumu, eğitim durumu ve en uzun yaşanan şehir/bölge kadınların bilgi düzeyi ile ilişkili bulunmuştur ($p < .05$). Bu çalışmaya göre kadınların konu ile ilgili bilgileri yetersiz olup gebelik öncesi bakım alan kadınların oranı düşüktür. Hemşireler gebelik öncesi bakımın doğru şekilde sağlanmasında en önemli sağlık çalışanlarından biridir. Bu nedenle gebelik öncesi bakım konusunda bilgilerini güncel tutmaları gerekmektedir. Bunun için, konu hakkında araştırmalar yapmaları, sertifika programlarına ve hizmet içi eğitimlere katılmaları önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Bilgi, gebe, prekonsepsiyonel bakım, prekonsepsiyonel danışmanlık

¹Corresponding author: RN, MSc, New Cross Hospital, The Royal Wolverhampton NHS Trust, Wolverhampton/West Midlands, United Kingdom, e-mail: fbmukerrem@gmail.com, ORCID ID: 0000-0002-5490-916X

²Prof. Dr. Department of Obstetrics and Gynaecologic Nursing, Faculty of Nursing, Aydın Adnan Menderes University, Aydın, e-mail: hilmiyeaksu@yahoo.com, ORCID ID: 0000-0001-6975-3172

Geliş tarihi: 22.01.2024 Revizyon Tarihi: 05.07.2024 Kabul Tarihi: 22.11.2024 Online Yayın Tarihi: 30.11.2024

Atf/Citation: Başlı, M. & Aksu, H. (2024). Pregnant women's knowledge about preconception counselling and status of receiving preconception counselling/care in Turkey. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10(3), 150-164.

Araştırma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF18013 proje numarası ile yüksek lisans tezi olarak desteklenmiştir.



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

GENİŞLETİLMİŞ ÖZET

Giriş: Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kadın sağlığı alanındaki en önemli sağlık hizmetlerinden birisidir. Bu sağlık hizmeti, gebelik sonuçlarını geliştirmek ve anne-bebek sağlığını korumak açısından prenatal bakımı tamamlamaktadır. Prekonsepsiyonel bakımın faydaları çeşitli çalışmalar tarafından ortaya koyulmuştur ve uluslararası klavuzlar tarafından önerilmektedir.

Amaç: Prekonsepsiyonel bakım ile ilgili uluslararası literatürde birçok araştırma bulunmakla birlikte, ülkemizde bu konudaki araştırmalar kısıtlıdır. Bu nedenle, bu çalışma Türkiye'de gebe kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetleri konusundaki bilgilerini ve danışmanlık/bakım alma durumlarını ortaya çıkarmak amacıyla yapılmıştır. İkincil olarak da kadınların bilgileri ve bu hizmetten faydalanma durumunu etkileyen faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel olarak yürütülmüştür. Çalışmaya, Türkiye'nin batısında yer alan Aydın ilinden 361 gebe kadın katılmıştır. Çalışmaya dahil olma kriterleri; 18-50 yaş arası olma, gebe olma, Türkçe konuşma ve anlama olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan ve kriterlere uyan tüm kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan anket aracılığıyla toplanmıştır. Uzman görüşü alınarak ve pilot çalışma yürütülerek son şekli verilen anket açık ve kapalı uçlu 45 sorudan oluşmuştur. Her katılımcıya ortalama yarım saat süre ayrılmıştır. Çalışma için etik kurul izni ve kurumlardan çalışma izni alınmıştır. Katılımcılardan yazılı ve sözlü onam alınmıştır. Veriler, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 22 programında analiz edilmiştir.

Sonuç: Araştırmada katılımcıların %48.2'sinin gebelik öncesi bakımın ne olduğunu bilmediği, %65'inin ise gebelik öncesi test-analiz-muayeneleri bilmediği belirlenmiştir. Gebelerin %82.5'i hem kadın hem de erkekler için gebelik öncesi bakımın gerekli olduğunu, %67.6'sı da tüm üreme çağındaki bireyler için gerekli olduğunu düşünmektedir. Çalışma, katılımcıların çoğunun gebelik öncesi danışmanlık/bakım hizmeti almadığını ortaya koymuştur. Kadınların %96.7'si prekonsepsiyonel bakımın gerekli olduğunu düşünmekte ve %88.9'u bir sonraki gebeliğinde bu sağlık hizmetinden faydalanmayı istemektedir. Prekonsepsiyonel bakım almak isteyen kadınların %55.1'i. bu hizmeti doktor/kadın doğum uzmanından almayı tercih edeceğini ifade etmiştir. Etkileyen faktörler incelendiğinde, çalışma durumu, eğitim durumu ve en uzun yaşanan şehir/bölge kadınların bilgi düzeyi ile ilişkili bulunmuştur ($p<.05$). Bu

çalışmaya göre kadınların konu ile ilgili bilgileri yetersiz olup gebelik öncesi danışmanlık ve bakım alan kadınların oranı düşüktür. Kadınların tanıtıcı özellikleri ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Öneriler: Hemşireler gebelik öncesi bakımın doğru şekilde sağlanmasında önemli sağlık çalışanlarından biridir. Bu nedenle konu hakkında bilgilerini güncel tutmaları gerekmektedir. Bunun için, sertifika programlarına ve hizmet içi eğitimlere katılmaları önerilmektedir. Prekonsepsiyonel bakıma yönelik bir sağlık politikası geliştirilmeli, prenatal bakıma benzer şekilde ulusal bir klavuz ve bakım şeması kullanıma sunulmalıdır. Konuya yönelik farklı topluluklar ile yeni araştırmalar yapılması önerilmektedir.

INTRODUCTION

Preconception counselling/care (PCC) is one of the most crucial healthcare services in gynaecology/obstetrics. It is essential for prevention of congenital disorders and maternal/fetal deaths (Shannon et al., 2014; Ayalew et al., 2017) It aims to detect and resolve medical, behavioural, social situations that pose risks to women's health and pregnancy outcomes before pregnancy and to direct problems to the relevant institutions (Beckmann et al., 2014; Van Voorst et al., 2015). According to American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG), Public Health Agency of Canada, and The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG); this healthcare service mainly covers risk assessment-screening, health promotion, and chronic diseases, substance use and exposure (Başlı & Bilgiç, 2021). Preconception care completes prenatal care to improve pregnancy outcomes and maternal and offspring health. Even if prenatal care is provided widely and with high quality, it is not effective alone in improving health; better results are obtained combined with PCC (Güler Baysoy & Özkan, 2012).

According to some research results in the area, preconception folic acid use and vaccination rates were increased in women who had received this healthcare before their pregnancy (Elsinga et al., 2008; Agricola et al, 2014; Beckmann et al., 2014; Smith et al. 2014). It has been observed that multivitamin use before pregnancy was increased and alcohol use was decreased in women who received preconception counselling (Williams et al., 2012; Agricola et al., 2014). According to a study's result that has been done in a maternity clinic, it has been reported that the rates of preterm labour and hypertensive diseases were lower in women who received preconception counselling (Beckmann et al., 2014). Besides, a study

which has been carried out with diabetic women has found that women with diabetes who received preconception counselling had lower third trimester HbA1c levels and fetal loss rates (Holmes et al., 2017). Moreover, a systematic review has presented that brief/intensive preconception education helped improve knowledge, behaviours, and health outcomes (Withanage et al., 2022). Despite its proven effectiveness, studies have shown that women do not benefit from this healthcare sufficiently and do not have enough information about it (Williams et al., 2012; Temel et al., 2013; Luton et al., 2014; Nilsen et al., 2016; Ayalew et al., 2017).

Preconception care is considered as a duty of all healthcare staff that cares for people at reproductive age, and it requires a multidisciplinary and collaborative approach (Başlı & Aksu, 2018). Along with this, the roles and responsibilities of primary health care professionals in preconception care come to the fore (Güler Baysoy & Özkan, 2012). In particular, nurses and midwives who are in frequent contact with individuals are the most appropriate and important health care professionals to provide PCC (Goossens et al., 2018). Nurses are in an integrative position in preconception care; they take roles in every stage of this care. Education, counselling, risk assessment and ensuring continuity of care are among the responsibilities of nurses (Hurst & Linton, 2015). It is essential that nurses offer information about PCC to all individuals of reproductive age. Nurses should participate in certificate programs and in-service trainings, and keep their information timely. In addition, national guidelines should be prepared and made available by experts (Başlı & Bilgiç, 2021). These steps help the healthcare professionals be more aware and well-prepared to provide PCC.

There are many studies on PCC in the international literature. However, there is not enough research on the subject in Turkey, although these services are currently in use and provided (Başlı & Aksu, 2018). Also, some researches completed in Turkey has been examined. However, existing researches in Turkey mainly have focused on the needs of reproductive-aged women. A study conducted by Genç Koyucu et al. (2017) has clearly revealed that women need preconception care before their pregnancy. So as to evaluate the true needs and knowledge of women about this care, there is an increasing requirement of further researches. Therefore, this study's primary objective was set to determine the pregnant women's knowledge about PCC and their status of receiving counselling/care in Turkey. The secondary objective was determined as to explore the related individual factors.

MATERIALS AND METHODS

This research is a descriptive and analytical cross-sectional study. The questions of this research are as follows;

- 1)What is the knowledge level of pregnant women about preconception counselling?
- 2)What are pregnant women's opinions about preconception counselling?
- 3)What is the pregnant women's rate of receiving PCC before their conception?
- 4)What are the related factors with pregnant women's knowledge about PCC and their access to the service?

Study Population and Sample

This research has been conducted with 361 pregnant women who came for pregnancy checks to obstetrics outpatient clinics of Aydın Gynecology and Pediatric Hospital and Aydın Adnan Menderes University Training and Research Hospital in Aydın/Turkey between June and December 2018. The known universe sampling method has been used to calculate the sample size of the study (Baştürk & Taştepe, 2013). The G power method has been used to assess the power of the sample. In those two hospitals, a total of 18,461 pregnant women were followed in 2017. According to the study of Williams et al. (2012), the rate of women who received PCC was 32% ($p = 0.320$). Researchers analyzed Pregnancy Risk Assessment Monitoring System data from Maine, New Jersey, Utah, and Vermont. Their population is similar to our research. With 95% probability ($\alpha = 0.05$), with a deviation of $d = 0.05$ and taking $q = 0.680$ $t = 1.97$ number; the sample size has been calculated as 328. Considering the possibility of loss from our sample, it has been added to 10 % and 361 pregnant women have been decided as the sample.

Individuals have been selected by using the random sampling method, one of the improbable sampling methods (Baştürk & Taştepe, 2013). Inclusion criteria are as follows: (a) being between 18-50 years old, (b) being pregnant, (c) speaking and understanding Turkish. All pregnant women who accepted to participate have been included. Solely, women with disabilities in communicating have been excluded from the study.

Data Collection and Data Collection Tool

The research data has been collected with a questionnaire prepared by the researchers, and this questionnaire was based on the available current researches in the literature. Relevant researches about the topic have been examined, and suitable questions have been added and adapted to our research (Williams et al., 2012; Temel et al., 2013; Luton et al.,

2014; Nilsen et al., 2016; Ayalew et al., 2017; Bortolus et al., 2017; Lammers et al., 2017).

For the content validity, comprehensibility and reliability of the data collection instrument, opinions of 10 clinical and academic experts in their area have been obtained. The form has been revised. According to the suggestions of the experts; we removed a couple of questions and rewrite some of our questions. After this, a pre-application of the improved form has been conducted with 10 pregnant women before the initial data collection. As a result of this, validity and applicability of the questionnaire have been proved, and no further changes have been made on the questionnaire. Following these steps the questionnaire became applicable on the main sample.

The final questionnaire has consisted of 45 open and closed-ended questions. The three parts in the form are as follows; socio-demographic characteristics (age, educational status, etc.), obstetric characteristics (number of pregnancies, number of live births, etc.), and questions about PCC. The answers to these questions have been obtained through the answers given by the participants. The research data has been collected in the waiting areas in front of the outpatient clinics through face-to-face interviews before or after their examination. For face-to-face interviews, no interviewer or student nurse has been utilised. One of the researchers had taken the responsibility of interviewing with the participants. The researcher approached women blindly while in the waiting room. The study has been explained each women and their consent has been obtained separately. Terminology on the form was not medical, so our participants could understand the questions easily. No information provided to the women that might impact the findings.

The application of the questionnaire has taken an average of 15-20 minutes. Apart from this time, providing information about the research and obtaining consent in regards of Helsinki Declaration was approximately 10 minutes. In total, volunteer women spared their nearly half an hour for participating the research.

Evaluation of Data

The data obtained in the study has been analyzed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 22 program (IBM Corp, 2013. Armonk, NY). The results have been evaluated at a 95% confidence interval, and the significance level is $p < .05$. Descriptive statistics and chi-square analysis have been used to evaluate the data. Normality tests have not been done since the variables were not numerical. Main characteristics taken into account in the analyses are; employment and educational status, longest-lived city/region, income status, family type, presence of

chronic diseases, problems in previous pregnancies and desire for current pregnancy. Gravida and parity have been analyzed as first pregnancy, presence of problem in previous pregnancy and no problem in previous pregnancy.

Ethical Considerations

Pre and final approval (Date: 21.05.2018 - Protocol Number: 2018/008) have been obtained from Aydın Adnan Menderes University, Faculty of Nursing Non-Clinical Research Ethics Committee. Official research permissions have also been obtained from the Aydın Gynecology and Pediatric Hospital (07.06.2018-69836136) and Aydın Adnan Menderes University Training and Research Hospital (11.06.2018-E.34155). Informed consent (written, verbal) has been obtained from all the participants. All procedures have been carried out in accordance with the Helsinki Declaration.

RESULTS

Participants' Characteristics

The mean age of women was 27.95 ± 5.67 . Of women, 72.6% were unemployed, 46% were primary school graduates, 50.7% had lived in the provinces (developed cities/towns). Of the participants, 72% state that their income was equivalent to expenses (Table 1).

Of the women, 58.5% state that they had no problem in their previous pregnancies, 85.4% did not have any problem in their previous deliveries. The problem was defined as any situation out of usual pregnancy and birth process. Of the participants, 84.8% state that they had desired their current pregnancy, 77.3% did not smoke before pregnancy, and 96.7% did not use alcohol before pregnancy (Table 2).

Participants' Knowledge and Views about PCC

Our study has found that 62.6% of the participants were not aware of the PCC concept (This means they had not heard of it before, at the time of research). Of women, 65% did not know the preconception analyzes, tests, and examinations, and 48.2% did not know what PCC really was (This data was according to women's definition of PCC). Of the women, 82.5% stated that PCC was necessary for both genders, 67.6% of women stated that PCC should be given to all reproductive-aged individuals. Of the participants, 42.1% stated that preconception care should be provided by doctors/obstetricians (Table 3).

Table 4 shows that, of the women, 96.7% think that PCC was necessary, and 88.9% wanted to receive this care in their next pregnancies. Of those who wanted to receive this healthcare 55.1% stated that they would prefer PCC from obstetricians. Of the participants'

53.7% stated that they had made a pre-pregnancy preparation, these women frequently had had a sufficient and balanced diet (65.4%) and weight regulation (50%).

Table 1. Socio-demographic Characteristics of Women (n=361)

Characteristics	Mean	SD (min-max)
Age	27.95	5.67 (18-42)
Age of Spouse/Partner	31.98	5.77 (18-50)
	Number	Percentage (%)
Employment Status	99	26.4
Employed		
Unemployed	262	72.6
Education Status		
Illiterate	5	1.4
Literate	7	1.9
Primary school	166	46.0
High school	95	26.3
University and higher	88	24.4
Education Status of Spouse/Partner		
Illiterate	3	0.8
Literate	2	0.6
Primary school	160	44.3
High school	109	30.2
University and higher	87	24.1
Longest-lived Place		
Village	68	18.8
Town	13	3.6
County	97	26.9
Province	183	50.7
Perceived Income Status		
Less	88	24.4
Equivalent	260	72.0
More	13	3.6
Family Type		
Nuclear	288	79.8
Large	73	20.2
Social Security		
Yes	302	83.7
No	59	16.3
Chronic Diseases		
Yes	38	10.5
No	323	89.5
Genetic/Hereditary Diseases		
Yes	11	3.0
No	350	97.0
Genetic/Hereditary Diseases in Family/ Spouse's Family		
Yes	5	1.4
No	356	98.6

Table 2. Obstetric Characteristics of Women (n=361)

Characteristics	Mean	SD (Min-Max)
Number of pregnancies	2.30	1.73 (1-8)
Number of live births	1.56	0.76 (1-5)
Number of stillbirths	1.46	0.63 (1-3)
Number of spontaneous abortions	1.36	0.61 (1-4)
Number of living children	1.54	0.74 (1-4)
	Number	Percentage (%)
Problems in Previous Pregnancies (n=248)	103	41.5
Yes		
No	145	58.5
Name of the Problem (n=103)		
Abortion	78	75.8
Gestational Diabetes (GDM)	9	8.8
Preeclampsia	7	6.8
Others	16	15.5
Problems in Previous Deliveries (n=247)		
Yes	36	14.6
No	211	85.4
Name of the Problem (n=36)		
Stillbirth	11	30.6
Dystocia	11	30.6
Premature birth	8	22.2
Others	6	16.8
Desire for Current Pregnancy (n=361)		
Yes	306	84.8
No	55	15.2
Smoking Before Pregnancy (n=361)		
Yes	82	22.7
No	279	77.3
Drinking Alcohol Before Pregnancy (n=361)		
Yes	12	3.3
No	349	96.7

* More than one answer was given. Percentages were calculated over the total 'n.'

Table 3. The Women's Knowledge about Preconception Counselling and Care

	Number	Percentage (%)
Hearing the Concept of PCC (n=361)		
Yes	135	37.4
No	226	62.6
From which source (n=109)		
Family Health Centre	47	43.1
Hospital	42	38.5
TV/social media/internet	19	17.4
Book/journal	1	0.9
From who (n=115)		
Nurse/midwife	77	67.0
People around	27	23.5
Doctor	11	9.6
Knowing the Concept of PCC (n=361)		
Knows	21	5.8
Partially knows	166	46.0
No idea/Don't know	174	48.2
Knowing the analyzes, tests, and examinations that should be done before pregnancy*		
Don't know	235	65.1
Blood analysis	100	27.7
Hormone tests	52	14.4
Urine analysis	34	9.4
USG	21	5.8
Genetic tests	18	5.0
Others	37	10.1
People Who Need PCC(n=361)**		
Only women	44	12.2
Only men	3	0.8
Women and men	298	82.5
No idea	16	4.4
Situations Which Required PCC (n=361)		
For women who previously had a problematic pregnancy or miscarriage	27	7.5
For couples who are planning pregnancy	56	15.5
For couples who have trouble conceiving	34	9.4
For all reproductive-age individuals	244	67.6
Topics involved in PCC*		
Vaccination	222	61.5
Nutrition	287	79.5
Weight control	247	68.4
Chronic diseases	248	68.7
Genetic counselling	229	63.4
Vitamin-folic acid supplements	259	71.7
Quitting harmful habits	281	77.8
Others	29	8.0
Medical staff who provide PCC (n=361)		
Family physician	78	21.6
Nurse/midwife	121	33.5
Obstetrician	152	42.1
All	7	1.9
Do not know/No idea	3	0.8

* More than one answer was given. Percentages were calculated over the total n.

**In the questionnaire, instead of preconception care, pre-pregnancy care term was used to make it more understandable. That is the reason why everybody was able to answer the question.

Table 4. The Women's Views on PCC and Pre-Pregnancy Preparations

Views	Number	Percentage (%)
Thinking PCC Necessary (n=361)		
Yes	349	96.7
No	12	3.3
Reasons for thinking PCC necessary*		
To be informed and become conscious	262	75.0
To have a healthy pregnancy	62	17.7
To have a healthy baby	51	14.6
To give a healthy birth	23	6.5
To prepare for motherhood psychologically	15	4.2
Others	42	11.8
Reasons for not thinking PCC necessary (n=12)		
Because I search on the internet	12	100.0
Seeking PCC in subsequent pregnancies (n=361)		
Yes	321	88.9
No	40	11.1
Medical staff preferred to receive PCC (n=321)		
Family physician	54	16.8
Nurse/midwife	82	25.5
Obstetricians	177	55.1
All	8	2.5
Pre-pregnancy Preparations (n=361)		
Yes	194	53.7
No	167	46.3
Which preparations		
Quitting smoking ¹ (n=82)	17	20.7
Quitting alcohol ¹ (n=12)	2	16.6
Treatment and control of chronic diseases ² (n=38)	17	45.7
To be vaccinated ³	8	4.1
Adequate and balanced diet ³	127	65.4
Weight regulation ³	97	50.0
Folic acid/vitamin use ³	73	37.6
Time to start taking folic acid/vitamin use before pregnancy	2.79±2.12 month before pregnancy (min 1- max 12)	

*More than one answer was given. Percentages were calculated according to number of women who stated that PCC is necessary (n = 349).

¹ Percentages were calculated according to the number of women who used smoking and alcohol before pregnancy.

²Percentage was calculated according to the number of women who had a chronic disease (n=38)

³More than one answer was given. Percentages were calculated according to the number of women who has preparations before pregnancy.

Related Factors with Participants' Status of Receiving PCC

The study has reported that 94.5% of the women did not receive PCC in their pre-pregnancy period. Women who received PCC, 85% of them received this healthcare from a nurse/midwife, and 70% had access to it from a family health centre. No significant difference has been found between participants' characteristics and receiving PCC (p> .05) (Table 5).

Related Factors with Participants' Knowledge on PCC

Employment status, educational status, and longest-lived city/region have been seen influential on

women's knowledge about PCC. There was a significant relationship between family type and women's knowledge in terms of for whom/in which situations PCC was required, and the preconception analysis, tests, and examinations. The status of desiring current pregnancy was related to women's knowledge as well. The perceived income level has been found related to women's knowledge about pre-pregnancy analysis, tests, and examinations (p< .05). On the other hand, having a chronic disease and a problem in previous pregnancies were not in relation to women's knowledge (p> .05). Table 6-9 clearly demonstrate the related factors about women's knowledge.

Table 5. Women's Status of Receiving PCC

	Number	Percentage (%)
Status of Receiving PCC (n=361)		
Yes	20	5.5
No	341	94.5
Content of PCC*		
Pregnancy process	9	45.0
Baby care	8	40.0
Nutrition	7	35.0
Birth process	7	35.0
Breastfeeding	7	35.0
Contraception	6	30.0
Weight control	4	20.0
Preparation for motherhood	2	10.0
Harmful habits	1	5.0
Medical staff who was given care (n=20)		
Nurse/midwife	17	85.0
Family physician	2	10.0
Obstetrician	1	5.0
Health institution where was taken care (n=20)		
Family Health Centre	14	70.0
Hospital	6	30.0

*More than one answer was given. Percentages were calculated according to the number of women who received PCC (n = 20)

Table 6. Related Factors for Women's Knowledge of the Concept of Preconception Counselling/Care

	Knowledge of the Concept of Preconception Counselling/Care						χ^2	P
	Correct		Partially Correct		Does not know/ No idea			
	n	%	n	%	n	%		
Employment Status								
Employed	9	42.9	59	35.5	31	17.8	16.080	0.000
Unemployed	12	57.1	107	65.5	143	82.2		
Total	21	100.0	166	100.0	174	100.0		
Educational Status								
Primary School or below	5	23.8	68	41.0	105	60.4	26.644	0.000
High School	6	28.6	44	26.5	45	25.9		
University and above	10	47.6	54	32.5	24	13.8		
Total	21	100.0	166	100.0	174	100.0		
Longest Lived Place								
Village/Town	1	4.8	34	20.5	46	26.4	7.212	0.125
County	7	33.3	41	24.7	49	28.2		
Province	13	61.9	91	54.8	79	45.4		
Total	21	100.0	166	100.0	174	100.0		
Perceived Income Status								
Less	4	19.1	40	24.1	44	25.3	2.558	0.634
Equivalent/High	17	80.9	126	75.9	130	74.7		
Total	21	100.0	166	100.0	174	100.0		
Family Type								
Nuclear	19	90.5	135	81.3	134	77.0	2.562	0.278
Large	2	9.5	31	18.7	40	33.0		
Total	21	100.0	166	100.0	174	100.0		
Presence of Chronic Disease								
Yes	1	4.8	18	10.8	19	10.9	0.787	0.675
No	20	95.2	148	89.2	155	89.1		
Total	21	100.0	166	100.0	174	100.0		
Presence of Problems in Previous Pregnancy								
Yes	5	23.8	54	32.5	44	25.3	3.258	0.516
No	10	47.6	60	36.2	76	43.7		
First Pregnancy	6	28.6	52	31.3	54	31.0		
Total	21	100.0	166	100.0	174	100.0		
Desire for Current Pregnancy								
Yes	21	100.0	144	86.7	141	81.0	6.154	0.046
No	0	0.0	22	13.3	33	19.0		
Total	21	100.0	166	100.0	174	100.0		

Table7. Related Factors for Women's Knowledge on Target/Required Population for PCC

	Knowledge of for Whom PCC is required					
	Correct		Incorrect/No idea		χ^2	P
	n	%	n	%		
Employment Status						
Employed	88	29.5	11	29.0	3.807	0.050
Unemployed	210	70.5	52	71.0		
Total	298	100.0	63	100.0		
Educational Status						
Primary School or below	131	43.9	47	74.6	22.885	0.000
High School	82	27.6	13	20.6		
University and above	85	28.5	3	4.8		
Total	298	100.0	63	100.0		
Longest Lived Place						
Village/Town	59	19.8	22	34.9	7.187	0.028
County	81	27.2	16	25.4		
Province	158	53.0	25	39.7		
Total	298	100.0	63	100.0		
Perceived Income Status						
Less	72	24.2	16	25.4	0.075	0.963
Equivalent/High	226	75.8	47	74.6		
Total	298	100.0	63	100.0		
Family Type						
Nuclear	244	81.9	44	69.9	4.671	0.031
Large	54	18.1	19	31.1		
Total	298	100.0	63	100.0		
Presence of Chronic Disease						
Yes	31	10.4	7	11.1	0.028	0.868
No	267	89.6	56	88.9		
Total	298	100.0	63	100.0		
Presence of Problems in Previous Pregnancy						
Yes	88	29.5	15	23.8	3.593	0.166
No	113	37.9	32	50.8		
First Pregnancy	97	32.6	16	25.4		
Total	298	100.0	63	100.0		
Desire for Current Pregnancy						
Yes	253	84.9	53	84.1	0.024	0.877
No	45	15.1	10	15.9		
Total	298	100.0	63	100.0		

Table 8. Related Factors for Women's Knowledge on Required Situations for PCC

	Knowledge of in Which Situations PCC is required					
	Correct		Incorrect		χ^2	P
	n	%	n	%		
Employment Status						
Employed	90	30.0	9	14.8	5.920	0.015
Unemployed	210	70.0	52	85.2		
Total	300	100.0	61	100.0		
Educational Status						
Primary School or below	132	44.0	46	75.4	21.618	0.000
High School	84	28.0	11	18.0		
University and above	84	28.0	4	6.6		
Total	300	100.0	61	100.0		
Longest Lived Place						
Village/Town	63	21.0	18	29.5	6.014	0.049
County	88	29.3	9	14.8		
Province	149	49.7	34	55.7		
Total	300	100.0	61	100.0		
Perceived Income Status						
Less	71	23.7	17	27.9	0.491	0.782
Equivalent/High	229	76.3	44	72.1		
Total	300	100.0	61	100.0		
Family Type						
Nuclear	246	82.0	42	68.9	5.432	0.020
Large	54	18.0	19	31.1		
Total	300	100.0	61	100.0		
Presence of Chronic Disease						
Yes	31	10.3	7	11.5	0.070	0.791
No	269	89.7	54	88.5		
Total	300	100.0	61	100.0		
Presence of Problems in Previous Pregnancy						
Yes	84	28.0	19	31.1	1.539	0.463
No	118	39.3	27	44.3		
First Pregnancy	98	32.7	15	24.6		
Total	300	100.0	61	100.0		
Desire for Current Pregnancy						
Yes	256	85.3	50	82.0	0.445	0.505
No	44	14.7	11	18.0		
Total	300	100.0	61	100.0		

Table 9. Related Factors for Women's Knowledge on Preconception Analysis, Tests, and Examinations

	Knowledge of Preconception Analysis, Tests and Examinations					
	Yes		No		χ^2	P
	n	%	n	%		
Employment Status						
Employed	45	35.7	54	23.0	6.684	0.010
Unemployed	81	64.3	181	77.0		
Total	126	100.0	235	100.0		
Educational Status						
Primary School or below	44	38.9	134	57.0	24.849	0.000
High School	33	26.2	62	26.4		
University and above	49	38.9	39	16.6		
Total	126	100.0	235	100.0		
Longest Lived Place						
Village/Town	18	14.3	63	26.8	7.415	0.025
County	38	30.1	59	25.1		
Province	70	55.6	113	48.1		
Total	126	100.0	235	100.0		
Perceived Income Status						
Less	18	14.3	70	29.8	10.699	0.005
Equivalent/High	108	85.7	165	70.2		
Total	126	100.0	235	100.0		
Family Type						
Nuclear	109	86.5	179	76.2	5.434	0.020
Large	17	13.5	56	23.8		
Total	126	100.0	235	100.0		
Presence of Chronic Disease						
Yes	15	11.9	23	9.8	0.390	0.532
No	111	88.1	212	90.2		
Total	126	100.0	235	100.0		
Presence of Problems in Previous Pregnancy						
Yes	40	31.7	63	26.8	4.708	0.095
No	41	32.6	104	44.2		
First Pregnancy	45	35.7	68	29.0		
Total	126	100.0	235	100.0		
Desire for Current Pregnancy						
Yes	112	88.9	194	82.5	2.549	0.110
No	14	11.1	41	17.5		
Total	126	100.0	235	100.0		

DISCUSSION

Preconception counselling/care is one of the most important healthcare services in gynaecology/obstetrics. It is vital to improve maternal/fetal health outcomes (Shannon et al., 2014; Ayalew et al., 2017). It aims to identify risk factors for women's health and pregnancy outcomes before conception and to address them appropriately (Beckmann et al., 2014; Van Voorst et al., 2015). Although significant progress has been made in antenatal care, a functional preconception care scheme is not in effect in Turkey (Başlı & Aksu, 2018). This causes women not to be able to adequately access to preconception care. So, it is important to reveal knowledge levels of women about PCC and what extent they can reach this care and related factors.

Participants Knowledge and Views about PCC

In our study, most pregnant women had not heard PCC before. The women who were aware of this care had heard this from health institutions and nurses/midwives. A study conducted by Ayalew et al. (2017) has reported that most of the women did not hear PCC, and half of the women who heard this care obtained the information from a health institution. Another study has reported low awareness about preconception period among reproductive-aged women (Umar et al., 2019). This data is important, because obtaining information from health professionals increases the reliability of the information. Besides, this data has revealed the crucial role of nurses for PCC.

Our study has revealed that most of the women did not know the PCC exactly. We also observed that most women did not know about the pre-pregnancy analyzes tests, and examinations. Similarly to our research, some studies report a lack of knowledge about PCC (Williams et al., 2012; Temel et al., 2013; Ayalew et al., 2017; Lammers et al., 2017). Another research carried out among reproductive aged women has stated that only a small rate of women had enough knowledge of PCC as well (Lemma et al., 2022). This data indicates that women are not aware of the need for counselling/care in the pre-pregnancy period. This finding indicates the lack of knowledge about what to do before pregnancy. Besides, some of the women may be thinking about the test are only necessary during pregnancy. Furthermore, most of the women participating in the study have stated that PCC was necessary for both genders and all reproductive-aged individuals. However, Ayalew et al. (2017) has reported a different finding than our study. According to their study, most women did not know whom PCC was necessary for. This finding is valuable in terms of

delivering this care to all reproductive aged individuals.

On the other hand, almost half of the participants in our study have stated that an obstetrician should provide PCC. According to the study of Bortolus et al. (2017), similarly to our study, women considered the obstetricians as primary source of information for preconception health. A study completed with Turkish population have also reported that most of the women expected this care from obstetricians (Genç Koyucu et al., 2017). This finding indicates that women thought PCC as the duty of obstetricians/doctors only. Along with this, they may be more confident about doctors' knowledge and guidance about it. Moreover, it can be learned from this data that nurses and midwives should improve their knowledge to provide concrete information and guidance to individuals.

The majority of women in this study thought that PCC was necessary. In a study carried out by Lammers et al. (2017), has presented a similar result. And, the most of the participants also wanted to receive PCC in their next pregnancy. The study conducted by Genç Koyucu et al. (2017) has revealed that women needed care before conception. Although this study supports our finding, there are some other studies that report different results. Lammers et al. (2017) has found that nearly half of the women were not interested in PCC. Besides, one of the studies has revealed that women did not want to receive PCC even though their attitudes were positive (Van der Zee et al., 2013). According to our study's results, it can be concluded that most women in Turkish society were aware of the importance of PCC and their attitudes were positive. This means; our population is eager to receive preconception care. This will be beneficial to health care professionals deliver care and educate people more easily.

Related Factors with Participants' Knowledge on PCC

According to this study, unemployed women were less likely to hear about PCC before. They did not know what PCC really was, for whom/in which situations it was necessary, and preconception tests, and examinations. In the study, education status was also an effective factor on the knowledge about PCC. Similarly, Ayalew et al. (2017) have reported that increased education levels increased the women's knowledge levels. Besides, Umar et al. (2019) also have presented the positive relation between employment status and awareness of PCC. The reason for this data may be considered as, unemployed women have fewer social interactions and access to information.

In this study, knowledge of women who has lived in a province for the longest time was found to be better. Residing in a developed city/town facilitates assists people access to health care and information effortlessly. Women with a better income and, women who owns a nuclear family had a higher knowledge on some topics. Lemma et al (2022) has reported that income status had significant effect on women's knowledge. Higher income status could facilitate access to health services, and women with larger families may think that preconception care was provided only in problematic situations. Moreover, our results have indicated that women who desired their pregnancy had a higher rate of knowing about PCC.

Related Factors with Participants' Status of Receiving PCC

In this study, most of the pregnant women did not receive PCC before their pregnancy. Some of the studies in the literature about the topic have presented similar results (Luton et al., 2014; Genç Koyucu et al., 2017). Contrary to our findings, a few researches have reported that approximately half of the participants had received PCC (Williams et al., 2012; Nilsen et al., 2016; Goossens et al., 2018). Some studies have reported that women mostly had received PCC (Lammers et al., 2017; Amanak & Karaçam, 2019). Our study result may be related to the absence of functional care diagrams. On the other hand, multiparous women who received prenatal care may have preferred not to ask for pre-pregnancy advice. This result shows us that, preconception care should be given more importance and people should be provided more concrete information on PCC.

Women's status of receiving PCC was not found as related to participant's characteristics in our study. However, in the study of Williams et al. (2012), women with a low education level and, women who did not plan their pregnancy were less likely to receive preconception care. Amanak & Karaçam (2019) have reported that women with a moderate income had a higher rate of receiving PCC. Another study conducted by Lammers et al. (2017) has shown that women who had planned pregnancy in 1-5 years had a higher rate of receiving PCC. Our result shows that each and every woman needs this care, and regardless of their individual characteristics, PCC should be accessible to the public.

CONCLUSION

This study indicates that nearly half of the participants had no information what this care was for. According

to data, women had some information on the subject, but this could not be considered sufficient. As a result of the study, women's status of receiving PCC was unexpectedly low. Along with this, women had favourable opinions about PCC and they preferred to reach this care. Main related factors for knowledge were identified as employment status, educational status, longest-lived city/region, income status, family type, and desire for current pregnancy. There was no relation found between participants' characteristics and receiving PCC.

Preconception care requires a multidisciplinary approach. It is accepted as the duty of all health professionals who work with reproductive aged people. For this, health professionals should provide information about PCC to all reproductive-aged individuals. Since PCC is considered a primary health care, the roles of public health professionals come to the fore. Nurses should participate in certificate programs and in-service trainings so as to improve their knowledge and access to current scientific and functional information on PCC.

Health policies are required to be developed to cover deficiencies in the field. As for prenatal care, a flow chart and a national guideline should be formed for PCC by experts along with leading institutions for healthcare (World Health Organisation, Centre of Disease Control, etc). While offering these sources, Turkish population and health system characteristics must be taken into consideration. These documents should be made available to the public and all professionals. Preconception care should be provided as a routine health care, not depending on the wishes of individuals. People of reproductive age, especially women, should be invited for an interview to provide information on the subject regularly. In addition, follow-up appointments should be provided after the information sessions. It is recommended to conduct new studies with other sample groups and more individuals at different times and places to fill the void about the topic.

Limitations of the Research

There are some limitations present for this research. Researchers conducted this study as a descriptive and cross-sectional study, and information emerging from the research results may change over time. Since the participants were selected by the random sampling method, the study results only cover the sampled individuals. Finally, the data's reliability is limited by the accuracy of the information given by the women.

Despite of the limitations, this research could be considered as significant and beneficial. This research

will increase the awareness of all health professionals, nurses, and people on the topic. Thus, it will contribute to nurses taking an active role in completing the existing deficiencies in the area. Moreover, the research will contribute to the scientific knowledge and provide data to fill the lack of information. It will be useful to determine which factors are influential in accessing preconception care.

Araştırmannın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval:

Ethics committee approval was obtained from the Adnan Menderes University Faculty of Nursing Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee for the implementation of the research (Date: 21/05/2018 Protocol No: 2018/008). Institution permissions have also been obtained from the Aydın Gynecology and Pediatric Hospital (07.06.2018-69836136) and Aydın Adnan Menderes University Training and Research Hospital (11.06.2018-E.34155).

Peer-review: External referee evaluation.

YazarKatkısı/AuthorContributions: Idea/Concept: MB, HA; Design: MB, HA; Supervision/Counseling: HA; Data Collection and/or Processing: MB; Analysis and/or Interpretation: MB, HA; Literature Review: MB; Writing: MB, HA Critical Review: HA

Conflict of interest: Researchers have not declared any conflict of interest.

Financial Disclosure: The research was supported as a master's thesis by Aydın Adnan Menderes University Scientific Research Projects Unit with project number HF18013.

KAYNAKLAR

Agricola, E., Pandolfi, E., Gonfiantini, M.V., Gesualdo, F., Romano, M., Carloni, E., Mastroiacovo, P., & Tozzi Alberto E. (2014). A cohort study of a tailored web intervention for preconception care. *BMC Med Inform Decis Mak*, 14: 33-42. Doi: www.doi.org/10.1186/1472-6947-14-33

Amanak, K., & Karaçam, Z. (2019) Kadınların gebelik öncesi danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 9 (1): 8-12.

Ayalew, Y., Mulat, A., Dile, M., & Simegn, A. (2017). Women's knowledge and associated factors in preconception care in Adet, West Gojjam, Northwest Ethiopia: a community based cross sectional study. *Reproductive Health*, 14: 15-24. Doi: www.doi.org/10.1186/s12978-017-0279-4

Başlı, M., & Bilgiç, D. (2021). Preconception care in improving maternal and fetal health: current literature review. *International Social Sciences Studies Journal*, 7 (77): 350-366. Access: https://sssjournal.com/?mod=makale_tr_ozet&makale_id=60126

Başlı, M., & Aksu, H. (2018). Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34 (3): 128-140.

Baştürk, S., & Taştepe, M.. Evren ve Örneklem. S Baştürk (Ed.), *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara Vize Yayıncılık, 2013.

Beckmann, M.M., Widmer, T., & Bolton, E. (2014). Does preconception care work? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 54 (6): 510-514. Doi: www.doi.org/10.1111/ajo.12224

Bortolus, R., Oprandi, N.C., Morassutti, F.R., Marchetto, L., Filippini, F., Agricolo, E., Tozzi, A.E., Castellani, C., Lalatta, F., Rusticali, B., & Mastroiacovo, P. (2017). Why women do not ask for information on preconception health? A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17 (1): 5. Doi: www.doi.org/10.1186/s12884-016-1198-z

Elsinga, J., De Jong-Potjer, L.C., Van der Pal-de Bruin, K.M., Le Cessie, S., Assendelft, W.J.J., & Buitendijk, S.E. (2008). The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. *Women's Health Issues*, 18 (6 Suppl): 117-125. Doi: www.doi.org/10.1016/j.whi.2008.09.003

Genç Koyucu, R., Tosun, Y., & Katran, B. (2017). Üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel danışmanlık gereksinimleri. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3 (3): 116-121. Doi: www.doi.org/10.522/jaren.2017.116

Goossens, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Delbaere, I., & Verhaeghe, S.(2018). Preconception lifestyle changes in women with planned pregnancies. *Midwifery*, 56 (1): 112-120. Doi: www.doi.org/10.1016/j.midw.2017.10.004

Güler Baysoy, N., & Özkan, S. (2012). Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel bakım): halk sağlığı perspektifi. *Gazi Med J*, 23 (3): 77-90. Doi: www.doi.org/10.5152/gmj.2012.25

Holmes, V.A., Hamill, L.L., Alderdice, F.A., Spence, M., Harper, R., Patterson, C.C, Loughridge, S., McKenna, S., Gough, A., McCance, D.R., & Women with Diabetes Project Team. (2017). Effect of implementation of a preconception counseling resource for women with diabetes: a population based study. *Prim Care Diabetes*, 11 (1): 37-45. Doi: www.doi.org/10.1016/j.pcd.2016.07.005

Hurst, H.M., & Linton, D. (2015). Preconception care: planning for the future. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11 (3): 335-340.

Lammers, C.R., Hulme, P.A., Wey, H., Kerkvliet, J., & Arunachalam, S.P. (2017). Understanding women's awareness and access to preconception health care in a rural population: a cross sectional study. *Journal of Community Health*, 42 (3): 489-499. Doi: www.doi.org/10.1007/s10900-016-0281-8

- Lemma, T., Silesh, M., & Tsegaw Taye, B. (2022). Knowledge of preconception care among reproductive-age women in Debre Behran Town, Ethiopia; A community-based, cross-sectional study. *BMJ Open*, 12: e053855. Doi: www.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053855
- Luton, D., Forestier, A., Courau, S., & Ceccaldi, P.F. (2014). Preconception care in France. *Int J Gynecol Obstet*, 125 (2): 144-145. Doi: www.doi.org/10.1016/j.ijgo.2013.10.019
- Nilsen, R.M., Leoncini, E., Gastaldi, P., Allegri, V., Agostoni, R., Faravelli, F., Ferrazzoli, F., Finale, E., Ghirri, P., Scarano, G., & Mastroiacovo, P. (2016). Prevalence and determinants of preconception folic acid use: an Italian multicenter survey. *Italian Journal of Pediatrics*, 42 (1): 65. Doi: www.doi.org/10.1186/s13052-016-0278-z
- Shannon, G.D., Alberg, C., Nacul, L., & Pashayan, N. (2014). Preconception healthcare and congenital disorders: a systematic review of the effectiveness of preconception care programs in the prevention of congenital disorders. *Matern Child Health J*, 18 (6): 1354-1379. Doi: www.doi.org/10.1007/s10995-013-1370-2
- Smith, D.J., Weinreich, S.S., & Cornel, M.C. (2014). Effects of a simple educational intervention in well baby clinics on women's knowledge about and intake of folic acid supplements in the periconception period: a controlled trial. *Public Health Nutrition*, 18 (6): 1119-1126. Doi: www.doi.org/10.1017/s1368980014000986
- Temel, S., Birnie, E., Sonneveld, H.M., Voorham, A.J.J., Bonsel, G.J., Steegers, E.A.P., & Denktas, S. (2013). Determinants of the intention of preconception care use: lessons from a multi-ethnic urban population in the Netherlands. *Int J Public Health*, 58 (2): 295-304. Doi: www.doi.org/10.1007/s00038-012-0396-3
- Umar, A.G., Nasir, S., Tunau, K., Singh, S., Umar, A.I., & Hassan, M. (2019). Awareness and perception of preconception care among women in Usmanu Danfodiyo University Teaching Hospital Sokoto, North-Western Nigeria. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8: 1696-700. Doi: www.doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_50_19
- Van der Zee, B., De Beaufort, I.D., Steegers, E.A.P., & Denktas, S. (2013). Perceptions of preconception counselling among women planning a pregnancy: a qualitative study. *Fam Prac*, 30 (3): 341-346. Doi: www.doi.org/10.1093/fampra/cms074
- Van Voorst, S.F., Vos, A.A., De Jong-Potjer, L.C., Waelput, A.J.M., Steegers, E.A.P., & Denktas, S. (2015). Effectiveness of general preconception care accompanied by a recruitment approach: protocol of a community based cohort study (the healthy pregnancy 4 all study). *BMJ Open*, 5 (3): 1-10. Doi: www.doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006284
- Williams, L., Zapata, L.B., D'Angelo, D.V., Harrison, L., & Morrow, B. (2012). Associations between preconception counseling and maternal behaviours before and during pregnancy. *Matern Child Health J*, 16 (9): 1854-1861. Doi: www.doi.org/10.1007/s10995-011-0932-4
- Withanage, N.N., Botfield, J.R., Srinivasan, S., Black, K.I., & Mazza, D. (2022). Effectiveness of preconception interventions in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice*, December:865-872. Doi: www.doi.org/10.3399/BJGP.2022.0040

Araştırma Makalesi/Research Article

Üçüncü Trimester Gebelerde Prenatal Distresin Gebelikte Konfor Düzeyine Etkisinin İncelenmesi

Zeynep MARAŞ¹, Semiha AYDIN ÖZKAN², Derya KAYA ŞENOL³

Investigation of the Effect of Prenatal Distress on the Comfort Level During Pregnancy in Third Trimester Pregnant Women

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı üçüncü trimester gebelerde prenatal distresin gebelikte konfor düzeyine etkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Güneydoğu Anadolu Bölgesinde bulunan bir ilçe devlet hastanesine başvuran 241 gebe ile 20 Ocak 2024- 22 Mart 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmada veriler Katılımcı Tanıtım Formu, Tilburg Gebelik Distress Ölçeği (TGDÖ) ve Prenatal Konfor Ölçeği (PKÖ) ile toplanmıştır. Veriler, bağımsız gruplarda t testi, one way ANOVA testi, Pearson korelasyon testi ve Lojistik regresyon analizleri ile test edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 28.43±5,4 olarak saptandı. TGDÖ toplam puan ortalaması 24.94±4.36 olarak, PKÖ toplam puan ortalaması ise 46.59±10.22 olarak bulundu. TGDÖ toplam puanı ile PKÖ toplam puanı ($r=-0.421$ $p=0.000$) arasında negatif yönde orta düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki olduğu saptandı. Araştırmaya katılan gebelerin distres düzeyinin prenatal konfora etkisi regresyon analizi ile incelendiğinde; gebelikte distres düzeyi arttıkça konfor düzeyinin 4.084 (95%C.I. 2.070-8.058) kat azaldığı bulundu.

Sonuç: Yapılan analiz sonucunda gebelikte distres yaşayan kadınların prenatal konfor düzeylerinin 4.084 kat azaldığı saptandı. Gebelikte yaşanan distresin düzeyinin artması prenatal konforu negatif yönde azalttığı görülmüştür. Prenatal izlemlerde ebe ve hemşirelerin gebelik konforuna etki eden distres durumlarını değerlendirmeleri önerilir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, distres, üçüncü trimester, prenatal konfor

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study is to examine the effect of prenatal distress on the comfort level of pregnancy in third trimester pregnant women.

Methods: The study is descriptive type. It was conducted between January 20, 2024 and March 22, 2024 with 241 pregnant women who applied to a district state hospital in the Southeastern Anatolia Region. Data were collected in the study using the Participant Identification Form, Tilburg Pregnancy Distress Scale (TPDS) and Prenatal Comfort Scale (PCS). Data were tested using independent groups t test, one way ANOVA test, Pearson correlation test and Logistic regression analysis.

Results: The mean age of the pregnant women participating in the study was determined as 28.43±5.4. The total TPDS score mean was found as 24.94±4.36, and the total PCS score mean was found as 46.59±10.22. A negative moderate statistically significant relationship was found between the total TPDS score and the total PCS score ($r=-0.421$ $p=0.000$). When the effect of the distress level of the pregnant women participating in the study on prenatal comfort was examined with regression analysis; it was determined that as the distress level increased during pregnancy, the comfort level decreased by 4.084 (95%C.I. 2.070-8.058) times.

Conclusion: As a result of the analysis, it was determined that the prenatal comfort levels of women who experienced distress during pregnancy decreased by 4.084 times. It was observed that the increase in the level of distress experienced during pregnancy negatively decreased prenatal comfort. It is recommended that midwives and nurses evaluate the distress conditions affecting pregnancy comfort during prenatal follow-ups.

Keywords: Comfort, distress, pregnancy, prenatal, third trimester

²**Corresponding author:** Doç. Dr., Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Adıyaman, e-mail: semihaaydin44@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-4538-0396

¹Adıyaman Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Adıyaman, e-mail: maraszeynep6302@gmail.com, ORCID ID: 0009-0008-0941-3596

³Doç. Dr., Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Osmaniye, e-mail: dderya_kaya@hotmail.com, ORCID ID: 0000-0002-9101-2909

Geliş tarihi: 27.06.2024 **1.Revizyon:** 15.10.2024 **Kabul Tarihi:** 19.11.2024 **Online Yayın Tarihi:**30.11.2024

Atıf/Citation: Maraş, Z., Aydın Özkan, S., Kaya Şenol, D. (2024). Üçüncü trimester gebelerde prenatal distresin gebelikte konfor düzeyine etkisinin incelenmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10(3),165-175.



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

EXTENDED ABSTRACT

Pregnancy is not only a woman's self-realization, but also a source of maturity, pleasure and happiness; It is also defined as distress, anxiety, stressful waiting, and physical and emotional burden on the expectant mother. Pregnancy is a period in women's lives when positive and/or negative emotions are experienced intensely. Experiencing negative emotions during pregnancy can cause distress during pregnancy. Distress refers to emotional difficulties such as stress, anxiety and depression experienced during pregnancy. Pregnancy is a period in which physiological and psychological changes occur and the comfort level of the pregnant woman is affected by the discomfort associated with these changes. Comfort is the state of being stress-free and comfortable physically, spiritually and socially. Kolcaba (2005) defines the concept of comfort, which he explains with a holistic view, as the immediate experience of meeting basic human needs in order to feel refreshed, at peace, and to overcome problems. Distress experienced during pregnancy is a common problem for many women and can affect the comfort level of the expectant mother. Due to their negative effects on the mother and the fetus, psychological problems during pregnancy should be recognized, factors affecting the comfort level should be identified, precautions should be taken, psychological and physiological evaluations should be made in a holistic manner, as well as necessary follow-ups throughout pregnancy. In order for the expectant mother to have a healthier pregnancy, health professionals should know how pregnant women perceive their social support systems and provide adequate support to the expectant mother to activate these systems. In the light of this information, the aim of this study is to examine the effect of prenatal distress on the comfort level of pregnancy in third trimester pregnant women. Method, This research is a descriptive type study. The population of the research consists of pregnant women who applied to a district public hospital in the Southeastern Anatolia region. The sample of the study consisted of pregnant women who were in the third trimester of pregnancy and met the inclusion and exclusion criteria. The sample size of the study was calculated using the G power 3.1.9.2 program. When calculated with a 5% margin of error, 95% confidence interval, 80% power and an effect size of 0.208, the study sample was determined to be 241 pregnant women. A descriptive information form containing the sociodemographic and obstetric characteristics of the participants, Tilburg pregnancy distress scale, and Prenatal comfort scale were used to collect research data. Data were collected from pregnant women who applied to the Obstetrics and Gynecology Polyclinic of the hospital where the research was conducted between January 2024 and March 2024, met the inclusion and exclusion criteria

of the study, and volunteered to participate in the research. Before conducting the research, institutional permission was obtained from the hospital's outpatient clinic manager and chief physician, and ethical approval was obtained from the non-invasive research ethics committee. After it was determined that the research data showed a normal distribution, number, percentage, mean, standard deviation, independent sample t test and One Way ANOVA analysis were used in the analysis of the data. In order to determine which group caused the significance in variables with three or more groups, advanced tests such as LSD and Tukey tests were used to determine the groups that made the difference. Pearson correlation analysis was used to determine the relationship between the scales. Logistic regression analysis was used to determine the effects of the scales on each other. Results The average age of the pregnant women participating in the study was found to be 28.43 ± 5.43 . The mean score of the Tilburg distress scale during pregnancy negative affect subscale was 15.95 ± 2.10 , the mean score of the spousal involvement subscale was 8.99 ± 3.67 , and the mean total score of Tilburg distress during pregnancy was 24.94 ± 4.36 . Prenatal comfort Spouse subdimension mean score is 14.46 ± 2.80 , Fetus subdimension mean score is 6.35 ± 3.31 , Social environment subdimension mean score is 11.07 ± 3.85 , Motherhood subdimension mean score is 9.43 ± 2.23 , Pregnancy subdimension mean score is 5.28 ± 2.42 , prenatal comfort The total score average of the scale was found to be 46.59 ± 10.22 . It was determined that there was a moderately statistically significant negative relationship between the Tilburg pregnancy distress total score and the prenatal comfort total score ($r=-0.421$ $p=0.000$). When the effect of the distress level of the pregnant women participating in the study on prenatal comfort was examined with regression analysis, it was found that as the distress level increased during pregnancy, the comfort level decreased by 4.084 (95% C.I. 2.070-8.058) times. As a conclusion, distress experienced during pregnancy reduces the comfort level. In line with these results, it is recommended that midwives and nurses evaluate the factors affecting pregnant women's distress and comfort levels during antenatal care and that midwifery/nursing interventions are planned in line with a holistic approach.

GİRİŞ

Gebelik, kadının kendini gerçekleştirebilmesi, olgunluk, haz ve mutluluk kaynağı olarak görülmesinin yanında; sıkıntı, endişe, stresli bekleme ve anne adayında fiziksel ve duygusal yükleniş olarak da tanımlanır (Yeşilçiçek Çalık ve Aktaş, 2011). Birinci trimesterde ambivalan duyguların hakim olduğu gebelik döneminde ikinci trimesterde gebeliğin kabulü ve uyumu görülür. Üçüncü trimesterde büyüyen fetus ve uterusun neden olduğu fiziksel

şikayetlerin yanında doğum eyleminin yaklaşması ile yaşanan korkular kaygılar psikolojik distrese neden olabilmektedir (Çalık, Aktaş, 2011; Sevindik, 2005). Distres, gebelik döneminde yaşanan stres, anksiyete ve depresyon gibi duygusal zorlukları ifade eder (Çapık ve ark., 2015; Schuurmans ve Kurrasch 2013). Gebelik döneminde distres prevalansı ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda, gebelerin %9.7'si ile %39.4'ünün distres yaşadığı belirtilmiştir (Çapık ve ark., 2015; Obrochta ve ark., 2020; Küçükkelepçe ve ark.,2022; Köse Tuncer ve ark., 2022).

Araştırmalar prenatal stresin ve yoğun duygusal sıkıntının, hormonal yapıyı olumsuz etkilemesi nedeniyle özellikle depresyon ve kaygının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, düşük doğum ağırlığına, intrauterin gelişme geriliğine, erken doğuma, düşük APGAR skorlarına neden olduğunu göstermiştir (Yali ve Lobel, 1999; Hobel ve ark.,1999; Stojanowa ve ark., 2017; Kong ve ark., 2016). Yapılan bir çalışmada gebelikte distres yaşayan kadınların %58.8'inin postpartum dönemde depresyon yaşadığı (Küçükkelepçe ve ark., 2022), benzer şekilde Obrochta ve ark. (2020) yaptığı çalışmada da gebelik döneminde psikolojik sıkıntı yaşayan kadınların %70.5'inin postpartum psikolojik sorunlar yaşadığı belirtilmiştir.

Gebelik; biyopsikososyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere bağlı rahatsızlıkların da görülmesi ile beraber gebe için konfor düzeyinin de etkilendiği bir dönemdir (Stojanowa ve ark., 2017). Konfor; fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan stressiz ve rahat olma durumudur (Aydın Özkan ve ark., 2020). Kolcaba (2005), bütüncül görüşle açıkladığı konfor kavramını, ferahlama, huzura kavuşma ve sorunların üstesinden gelebilmek için temel insan gereksinimlerini karşılamanın o andaki deneyimi olarak ifade etmektedir (Kolcaba ve Di Marco, 2005). Gebelik döneminde yaşanan distres birçok kadının ortak problemi olarak anne adayının konfor düzeyini etkileyebilmektedir (Çapık ve ark., 2015). Konfor kavramının gebelik döneminde çok boyutlu değerlendirilmesi bu açıdan önem kazanmaktadır (Aydın Özkan ve ark., 2020). Nakamura ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında kadının gebeliğini konforlu geçirdiğinde, özgüven duygusunun geliştiğini ve yaşam doyumunun arttığını, annelik rolünün kazanımını, eşler arasındaki ilişkiye ve evlilik ilişkisine de olumlu şekilde yansıdığını belirtmiştir. Matvienko-Sikar ve Dockray (2017) yaptıkları bir çalışmada doğum öncesi dönemde konfor düzeyinin yetersiz olması durumunda doğum sonrası depresyonun daha fazla görüldüğü, benlik duygusunda ve yaşam hazzında azalmalar olduğu, ayrıca gebelik komplikasyonları, erken doğum tehdidi ve doğum

ağırlıklı yetersiz bebek doğumu gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceğini saptamıştır.

Gebelik döneminde kadınların psikolojik problemlerinin tanınması, gebe ve fetus üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılması, konfor düzeyinin ve etkileyen etmenlerin saptanması için bütüncül ve bireyselleştirilmiş bir bakım yaklaşım içinde gebe izlemlerinin yapılması önemlidir (Oğuzhanoglu ve Varma, 2013; Çapık ve ark., 2015; Mermer ve ark., 2010). Bu bilgiler ışığında çalışmanın amacı üçüncü trimester gebelerde prenatal distresin gebelikte konfor düzeyine etkisinin saptanmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 20 Ocak 2024- 22 Mart 2024 tarihleri arasında Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde bulunan Bozova Mehmet-Enver Yıldırım Devlet Hastanesi kadın doğum polikliniğinde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde bulunan Bozova Mehmet-Enver Yıldırım Devlet Hastanesi kadın doğum polikliniğine başvuran gebeler oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, gebeliğinin üçüncü trimesterinde olan ve dahil edilme kriterlerine uyan gebeler oluşturmuştur. Örneklem hesaplamada ilk önce

<https://www.socscistatistics.com/effectsize/default3.aspx> sayfasından yararlanarak çalışmada beklenen etki büyüklüğü hesaplanmıştır. Etki büyüklüğü için Aydın Özkan ve ark. (2020) yaptığı çalışmadaki "Prenatal Konfor Ölçeği" (PKÖ) puan ortalamaları ve standart sapmaları baz alındığında Cohen (d) 0.208 olarak bulunmuştur. Daha sonra G power 3.1.9.2 programı kullanılarak araştırmanın örneklem büyüklüğü hesaplandı. Araştırmada %5 hata payı, %95 güven aralığı, %80 güç ve 0.208 etki büyüklüğü ile hesaplandığında araştırmanın örneklemini 241 gebe olarak saptanmıştır.

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 20-40 yaş aralığında olmak
- En az ilköğretim mezunu olmak,
- 27. gebelik haftasını doldurmuş olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- İletişim sağlayabilecek düzeyde olmak,

Gönüllülerin araştırmadan dışlanma kriterleri

- 20 yaş altı adolesan gebe olmak,
- 40 üstü ileri yaş gebe olmak,
- Riskli gebeliği olmak (preeklampsi, diyabet, kalp hastalığı, plasenta previa, oligohidroamnios gibi)
- Fetüsün, fetal anomali, intrauterin gelişme geriliği gibi sağlık probleminin olması,
- Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalmak,
- Gebelik öncesi dönemde psikiyatrik hastalığı olmak.

Veri toplama araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini içeren tanımlayıcı bilgi formu, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği (TGDÖ), Prenatal Konfor Ölçeği (PKÖ) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Bilgi Formu

Tanımlayıcı bilgi formu gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini içeren toplamda 12 sorudan oluşmaktadır.

Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği

Tilburg gebelikte distres ölçeği, Pop ve ark (2011) tarafından gebelikteki distresin (stres, anksiyete, depresyon) belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek toplam 16 madde, 2 alt boyut ve 4'lü liket tipi bir ölçektir. Ölçeğin her bir maddesi "çok sık" (0 puan), "oldukça sık" (1 puan), "ara sıra (2 puan)", "nadiren veya hiç" (3 puan) şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçeğin toplamından alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 48'dir. Ölçekteki 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16 maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçeğin "Olumsuz Duygulanım" ve "Eş Katılımı" olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Olumsuz Duygulanım alt boyutu 11 maddeden (3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14 ve 16) oluşmaktadır. Eş katılımı alt boyutu 5 maddeden (1, 2, 4, 8 ve 15) oluşmaktadır. Ölçek 12. hafta ve üzeri gebeliği olanlara uygulanmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 28'dir. Gebelerin ölçekten 28 ve üzerinde puan alması distres açısından risk altında olduklarını belirtmektedir. Türkçe geçerlilik-güvenirlilik çalışması Çapık ve Pasinlioğlu (2015) tarafından yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.83 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0.850 olarak saptanmıştır.

Prenatal Konfor Ölçeği

Prenatal Konfor Ölçeği (PKÖ), prenatal konforu belirlemeye yönelik Takeishi ve ark. (2011) tarafından Japonya'da geliştirilen bir ölçektir. Ölçeğin ilk şekli 34 madde iken, daha sonra Nakamura ve ark. (2015)

tarafından revize edilmiş ve 15 maddeye indirilerek kısaltılmıştır. Ölçeğin kısa versiyonu 15 madde ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutlar; "Eş- Eş ile ilişkilerin geliştirilmesinin babalık rolüne etkisi", "Fetüs-Fetüsün hareketleri ile etkileşim kurma", "Sosyal çevre-Çevredeki insanlardan alınan sosyal destek", "Annelik-Annelik rolünün kabul edilişi ve bebeğe bağlanma", "Gebelik-Gebelik sürecinde kendinde olan değişiklikleri fark etme" şeklindedir. Ölçek 6'lı Likert tipi ölçektir. Her bir madde 0-5 (0=Kesinlikle katılmıyorum, 1=Katılmıyorum, 2=Kararsızım, 3=Biraz katılıyorum, 4=Katılıyorum, 5=Tamamen katılıyorum) arasında puanlanmaktadır. Ölçek toplam 75 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Puan düştükçe konfor düzeyinin de düştüğü, puan yükseldikçe konfor düzeyinin de yükseldiği şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçeğin ters puanlanan maddesi ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğin Cronbach Alpha (α) değeri 0.95'dir. Kaya Şenol ve ark. (2021) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılan ölçeğin Cronbach Alpha (α) değeri 0.82 olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha (α) değeri 0.807 olarak bulundu.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verileri kadın doğum polikliniğinde uygun bir ortamda tanımlayıcı bilgi formu, Tilburg Gebelikte Distres Ölçeği ve Prenatal konfor ölçeğinde yer alan sorular örnekleme oluşturan gebelere araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Soru formunun uygulanması yaklaşık 15-20 dk zaman almıştır.

Etik Onay

Araştırma yapılmadan önce hastanenin poliklinik sorumlusundan ve başhekimliğinde kurum izni alınmıştır. Daha sonra etik onay için Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16/01/2024 tarih ve 2024/1-7 sayı numaralı onay alınmıştır. Çalışmanın amacı hakkında gebelere bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerin bilgilendirilmiş onam formunu yazılı olarak onayladıktan sonra veri toplama formundaki sorular sorulmuştur. Çalışma Helsinki Bildirgesi'nde belirlenen etik standartlara uygun olarak yürütülmüştür.

İstatistik Analiz

Araştırma verilerinin analizi bilgisayar ortamında SPSS for Windows 23.0 (Statistical Package of Social Sciences for Windows) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde hangi testlerin kullanılacağını saptamak için normal dağılım testleri uygulanmıştır. Skewness ve Kurtosis normal dağılım eğrilerinin ± 2 aralığında saptanması ile analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Verilerin analizinde

sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, independent Sample t test, One Way ANOVA analizi kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplu değişkenlerde anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için ileri testlerden LSD ve Tukey testleri kullanılarak farkı yaratan gruplar saptanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin saptanmasında pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçeklerin birbirine etkisinin saptanmasında lojistik regresyon analizi

uygulanmıştır. $p < 0.05$ istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Üçüncü trimester gebelerde prenatal distresin gebelikte konfor düzeyine etkisini saptanmak amacı ile yapılan çalışmada sosyo demografik özellikler TGDÖ puanları, PKÖ puanları ve aralarındaki ilişkiye yönelik bulgular tanımlanmıştır.

Tablo 1: Katılımcıların TGDÖ ve PKÖ puan ortalamalarının sosyo demografik özelliklere göre dağılımı

	Sayı (%)	TGDÖ		PKÖ	
Yaş grup					
20-30 yaş arası	153 (63.5)	24.18±4.26	t=-3.650	48.13±9.77	t=3.154
31-40 yaş arası	88 (36.5)	26.26±4.25	p=0.000	43.90±10.47	p=0.002
Eğitim durumu					
İlkokul	106 (44.0)	27.32±4.05*	F=29.724	42.97±10.19*	F=9.544
Ortaokul	63 (26.1)	24.30±3.87	p=0.000	48.32±9.29	p=0.000
Lise	34 (14.1)	21.88±3.11		49.24±9.35	
Üniversite ve üzeri	38 (15.8)	22.11±3.07		51.42±9.31	
Çalışma durumu					
Çalışıyor	46 (19.1)	22.30±3.64	t=-4.758	50.50±10.04	t=2.935
Çalışmıyor	195 (80.9)	25.56±4.29	p=0.000	45.66±10.06	p=0.004
Aile tipi					
Çekirdek aile	115 (47.7)	23.96±4.42	t=-3.423	47.96±9.67	t=2.003
Geniş aile	126 (52.3)	25.84±4.13	p=0.001	45.33±10.58	p=0.045
Gelir durumu					
Gelirden az	78 (32.4)	27.51±4.45*	F=29.724	42.96±9.98	F=9.544
Gelir gidere denk	153 (63.5)	23.71±3.77	p=0.000	48.62±9.81*	p=0.000
Gelir giderden fazla	10 (4.1)	23.70±3.83		43.70±10.63	
Gebelik sayısı					
Primipar	44 (18.3)	21.23±3.30	t=-6.809	51.57±8.67	t=3.670
Multipar	197 (81.7)	25.77±4.14	p=0.000	45.47±10.22	p=0.000
Düşük sayısı					
Hiç abort yapmamış	170 (70.5)	24.23±4.27	t=-4.010	47.78±10.17	t=2.842
1-2 tane abort yapmış	71 (29.5)	26.63±4.14	p=0.000	43.73±9.83	p=0.000
Planlı gebelik					
Evet	164 (68.0)	23.57±3.74	t=-7.980	48.62±9.25	t=4.712
Hayır	77 (32.0)	27.86±4.19	p=0.000	42.25±10.87	p=0.000
Düzenli gebelik izlemi					
Evet	197 (81.7)	24.28±4.07	t=-5.213	48.02±9.59	t=4.805
Hayır	44 (18.3)	27.89±4.48	p=0.000	40.18±10.60	p=0.002
Sosyal destek					
Evet	178 (73.9)	23.52±3.66	t=-10.124	49.23±9.19	t=7.492
Hayır	63 (26.1)	28.95±3.66	p=0.000	39.11±9.28	p=0.000

*farkı yaratan gruplar

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 28.43±5.43 olup gebelikte distres puan ortalamaları sosyo demografik özelliklerine göre incelendiğinde, 31-40 yaş arasında (26.26±4.25) olan, ilkokul mezunu (27.32±4.05), gelir getiren bir işte çalışmadığını belirten (25.56±4.29), geniş ailesi ile birlikte yaşayan (25.84±4.13), gelirin giderinden az (27.51±4.45) olduğunu ifade eden gebelerin distres puan ortalamasının istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek

olduğu saptandı ($p < 0.05$) (Tablo 1). Araştırmaya katılan gebelerin gebelikte distres puan ortalamaları obstetrik özelliklerine göre incelendiğinde ise multipar gebelerin (25.77±4.14), 1-2 tane abortus deneyimi olan kadınların (25.77±4.14), gebeliği planlı olmayan (27.86±4.19), gebelik izlemleri düzenli olmayan (27.89±4.48) ve sosyal desteğinin olmadığını (28.95±3.66) belirten kadınların distres puan

ortalamasının istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0.05$) (Tablo 1).

Araştırmaya katılan gebelerin prenatal konfor puan ortalamaları sosyo demografik özelliklerine göre incelendiğinde, 31-41 yaş arasında (43.90 ± 10.47) olan, ilköğretim mezunu (42.97 ± 10.19), gelir getiren bir işte çalışmadığını belirten (45.66 ± 10.06), geniş ailesi ile birlikte yaşayan (45.33 ± 10.58) gebelerin prenatal konfor puan ortalamasının istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu sonucuna varıldı ($p<0.05$). Aynı zamanda gelirinin giderine denk (27.51 ± 4.45) olduğunu ifade eden kadınlarda ise prenatal konfor puanının daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0.05$). (Tablo 1). Araştırmaya katılan gebelerin prenatal konfor puan ortalamalarının obstetrik özelliklerine göre incelendiğinde ise multipar gebelerin (45.47 ± 10.22), 1-2 tane abortus deneyimi olan (43.73 ± 9.83), gebeliği planlı olmayan (42.25 ± 10.87), gebelik izlemleri düzenli olmayan (40.18 ± 10.60) ve sosyal desteğinin olmadığını (39.11 ± 9.28) belirten kadınların prenatal konfor puan ortalaması istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu görüldü ($p<0.05$). Gebelik haftasına göre ise prenatal konfor puan ortalamasının benzer dağılım gösterdiği saptandı ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 3: Katılımcıların TGDÖ ve PKÖ puanlarının korelasyon dağılımı

Ölçek ve Alt boyutları		Olumsuz duygulanım	Eş katılımı	Tilburg Gebelikte Distres Toplam
Eş	r	-0.065	-0.511	-0.461
	p	0.313	0.000	0.000
Fetüs	r	-0.004	-.265	-.225
	p	0.945	0.000	0.000
Sosyal çevre	r	-.062	-.310	-0.291
	p	0.335	0.000	0.000
Annelik	r	-0.049	-0.315	-0.289
	p	0.447	0.000	0.000
Gebelik	r	-0.068	-0.211	-0.210
	p	0.296	0.001	0.001
Prenatal Konfor Toplam	r	-0.070	-0.461	-0.421
	p	0.282	.000	0.000

r=Pearson korelasyon

Tilburg gebelikte distres ölçeği eş katılımı alt boyutu prenatal konfor ölçeği Eş ($r=-0.511$ $p=0.000$), Fetüs ($r=-0.265$ $p=0.000$), Sosyal çevre ($r=-0.310$ $p=0.000$), Annelik ($r=-0.315$ $p=0.000$), Gebelik ($r=-0.211$ $p=0.001$) alt boyutları ile prenatal konfor ölçeği toplam puanı ($r=-0.416$ $p=0.000$) arasında negatif yönde düşük ve orta düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki olduğu belirlendi (Tablo 3).

Tilburg gebelikte distres ölçeği olumsuz duygulanım alt boyutu ile prenatal konfor toplam puanı ile alt

Tablo 2: Katılımcıların TGDÖ ve PKÖ puan ortalamalarının dağılımları

Ölçekler ve alt boyutları	N	Min.	Max.	Ort.±SS
Olumsuz duygulanım	241	9.00	23.00	15.95±2.10
Eş katılımı	241	1.00	15.00	8.99±3.67
TGDÖ Toplam	241	10.00	38.00	24.94±4.36
Eş	241	6.00	20.00	14.46±2.80
Fetüs	241	0.00	10.00	6.35±3.31
Sosyal çevre	241	2.00	15.00	11.07±3.85
Annelik	241	2.00	16.00	9.43±2.23
Gebelik	241	0.00	13.00	5.28±2.42
PKÖ Toplam	241	21.00	73.00	46.59±10.22

Min: minimum; Max.: maksimum; Ort.: ortalama; SS.: standart sapma

Tilburg gebelikte distres ölçeği olumsuz duygulanım alt boyutu puan ortalaması 15.95 ± 2.10 , eş katılımı alt boyutu puan ortalaması 8.99 ± 3.67 ve Tilburg gebelikte distres toplam puan ortalaması 24.94 ± 4.36 olarak saptandı (Tablo 2).

Prenatal konfor Eş alt boyutu puan ortalaması 14.46 ± 2.80 , Fetüs alt boyutu puan ortalaması 6.35 ± 3.31 , Sosyal çevre alt boyutu puan ortalaması 11.07 ± 3.85 , Annelik alt boyutu puan ortalaması 9.43 ± 2.23 , Gebelik alt boyutu puan ortalaması 5.28 ± 2.42 , prenatal konfor ölçeği toplam puan ortalaması 46.59 ± 10.22 olarak tespit edildi (Tablo 2)

boyutları arasında istatistiksel anlamlı ilişki olmadığı sonucuna varıldı ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tilburg gebelikte distres toplam puanı ile Eş ($r=-0.461$ $p=0.000$), Fetüs ($r=-0.225$ $p=0.000$), Sosyal çevre ($r=-0.291$ $p=0.000$), Annelik ($r=-0.289$ $p=0.000$), Gebelik ($r=-0.210$ $p=0.001$) alt boyutları ile prenatal konfor toplam puanı ($r=-0.421$ $p=0.000$) arasında negatif yönde düşük ve orta düzeyde istatistiksel anlamlı ilişki olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 4: Lojistik regresyon analizine göre gebelikte TGDÖ varlığının PKÖ düzeyine etkisi

İlişkili değişken	Regresyon katsayısı B	Standart Hata S.E.	Wald	df	P değeri	Odds Ratio (Exp B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Prenatal konfor	1.407	.347	16,477	1	.000	4.084	2.070	8.058
Constant	-1.133	.166	46,583	1	.000	.322		

Lojistik regresyon analizi uygulanırken, TGDÖ kesme puanına göre 28 ve üzeri distres var olarak kodlandı. Prenatal konfor ölçeği için ortalama -1 standart sapmaya göre “düşük” prenatal konforu saptamak için dikotom değişken oluşturuldu. Buna göre prenatal konfor puanı 36.37 ve altında olan kadınların prenatal konfor puanı “düşük” olarak değerlendirildi. Araştırmaya katılan gebelerin distres düzeyinin prenatal konfora etkisi regresyon analizi ile incelendiğinde gebelikte distres düzeyi arttıkça konfor düzeyinin 4.084 (95% C.I. 2.070-8.058) kat azaldığı saptandı (Tablo 4).

TARTIŞMA

Gebelik süreci, annenin ve fetüsün sağlığının devam edebilmesi için gebenin fiziksel fonksiyonlarında önemli değişikliklerin görüldüğü, bununla beraber stres, endişe, kaygılı bekleme, anksiyete, depresyon gibi duyguların yoğun yaşandığı ve gebenin konforunun olumsuz yönde etkilenmesine sebep olabilecek faktörlerin ortaya çıkabildiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Marakoğlu ve Şahsivar 2008; Çalık ve Aktaş 2011). Bu çalışmada üçüncü trimester gebelerde prenatal distresin gebelikte konfor düzeyine etkisini saptanmak amaçlanmıştır. Üçüncü trimesterde gebenin konforunu benzer terminoloji ile araştıran çalışmalara literatürde rastlanmadığı için konforu etkileyen; gebelikte stres, anksiyete, depresyon vb. ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçları bu çalışma bulgularıyla tartışılmıştır.

Fizyolojik, psikolojik, çevresel ve sosyokültürel boyutlarda ferahlama, rahatlama ve problemlerle başetme olarak tanımlanan konfor prenatal dönemde ele alınması gereken ebelik bakımının önemli bileşenlerinden biridir (Kolcaba ve Di Marco, 2005). Bu çalışmada, yaş arttıkça gebelerin distres düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı. Karaçam ve Ançel (2009) yaptıkları bir çalışmada yaş ile gebelik distresi arasında negatif bir ilişkinin bulunduğunu ve yaşı küçük olanlarda distres belirtilerinin daha yüksek düzeyde görüldüğünü belirtmektedir. Aasheim, ve ark. (2012) yaş küçüldükçe gebelikte distresin arttığını, Prost ve ark. (2012) ise ileri yaş gebeliğin depresyon için bir risk faktörü olduğunu ifade etmektedir. Literatürde üçüncü trimester gebelerle yapılan çalışmalarda gebelerin yaşı azaldıkça stres ve depresyon tablosunun arttığını (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Bunevicius ve ark., 2009) gösteren çalışmaların yanında, yaş

kategorisinin distresi etkilemediğini (Akbaş ve ark., 2008; Gözüyeşil ve ark., 2008) gösteren çalışmalara da rastlanmıştır. Erken yaşlarda anne olmak deneyimsiz kadın için stres ve anksiyete kaynağı oluştururken; ileri yaşla birlikte ortaya çıkabilecek obstetrik risklere yönelik kaygı anne adayının fiziksel ve psikolojik olarak etkilenmesine neden olabilmektedir.

Bu çalışmada, ilkökul mezunu gebelerin daha yüksek düzeyde distres yaşadığı görüldü. Yapılan diğer çalışma sonuçlarına bakıldığında düşük eğitim düzeyine sahip gebelerde depresyon görülme oranının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Yanikkerem ve ark., 2004; Gözüyeşil ve ark., 2008). Literatürde de benzer şekilde gebelerin eğitim seviyesi arttıkça distres puan ortalamasının azaldığı (Akpınar ve Ejder Apay, 2020; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Akbaş ve ark., 2008; Erbil ve ark., 2008), bununla birlikte artan eğitim düzeyinin doğum öncesi bakım hizmetlerinden daha fazla yararlanma ve gebeliğe bağlı oluşan fiziksel ve psikolojik stres etmenleri ile daha iyi başa çıkabilme ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir (Çapık ve ark. 2015). Bulgularımızın aksine literatürde bazı çalışmalarda da gebelerin eğitim durumlarının distres düzeylerini etkilemediği belirtilmektedir (Altınçelep, 2011; Şahin ve Kılıçarslan, 2010; Prost ve ark., 2018). Gebelerde yüksek eğitim düzeyi sağlık hizmetlerine ve bilgiye ulaşmalarının artmasına, distres, anksiyete ve depresyon ile baş edebilmelerine ve gebeliğe uyumlarına katkı sağlamaktadır.

Bu çalışmada, gelir getiren bir işte çalışmayan ve geliri giderinden az olan gebelerin distres puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Literatüre bakıldığında birçok çalışmada gelir getiren bir işte çalışmayan gebelerde distresin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Şahin ve Kılıçarslan, 2010; Çapık ve ark. 2015, Bodecs ve ark. 2009; Karaçam ve Ançel 2009; Erbil ve ark., 2009). Yapılan bazı çalışmalarda ise gebelerin çalışma durumuna göre yaşanan distres arasında ilişki olmadığı ifade edilmektedir (Kışlak, 2019; Kaya Zaman ve ark., 2018; Tekgöz ve ark., 2009).

Çalışmada multipar gebelerin daha fazla distres yaşadığı belirlendi. Literatürde gebelikte distres/anksiyete ve depresyon ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda, artan gebelik sayısının anksiyete ve depresyon sıklığını artırdığı belirtilmektedir (Altınçelep 2011; Arslan ve ark., 2011; Dündar ve ark., 2019). Sonuçlar evdeki diğer çocuğun bakım yükü ve

yeni bir anneliğin getirdiği sorumlulukların gebelikte distresi artırabildiğini düşündürmektedir.

Çalışmada daha önce abort deneyimi yaşayan gebelerde distres daha yüksek saptandı. Literatürde abort/küretaj sayısı ile distres puan ortalamaları karşılaştırıldığı çalışmalarda benzer sonuçlar belirtilmektedir (Çiltaş ve Tuncer 2019; Ortaarık ve ark. 2012). Bu durum, tekrar gebelik kaybı yaşama korkusunun distres ve anksiyeteyi artırabileceğini göstermektedir.

Çalışmada, gebeliği planlı olmayan kadınların daha yüksek düzeyde distres yaşadığı görüldü. Literatürde plansız veya istenmeyen gebeliklerin anksiyete, depresyon ve distres gelişmesine neden olduğu görülmektedir (Çakır ve Can 2012; Bayrampour ve ark.,2015; Gariepy ve ark., 2016, Büyükkayacı ve Duman, 2012). Çapık ve ark. (2015) yaptığı çalışmada gebeliği planlı olanların distres düzeylerinin daha düşük olduğu, benzer şekilde Dünder ve ark. (2019) çalışmasında gebeliği planlı olmayanların planlı olanlara göre daha anlamlı derecede yüksek düzeyde distres yaşadıkları belirtilmektedir. Bu durumda plansız gebeliklerin kadınlar için yoğun bir strese sahip olmasına ve gebelik döneminin fiziksel ve mental bir şekilde etkilenmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Bu tür olumsuzlukları önleyebilmek için partnerlerle birlikte verilecek aile planlaması eğitimlerinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapılabilir.

Çalışmada geniş ailede yaşayan gebelerin distres puan ortalamaları daha yüksekti. Çekirdek ailede yaşayan gebelerin geniş ailede yaşayanlara göre daha az distres yaşadığı belirlendi. Akpınar ve Ejder Apay'ın (2020) çalışmasında da çekirdek ailede yaşayan gebelerin daha düşük düzeyde distres yaşadıkları ifade edilmektedir. Sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmada sosyal destek almayan gebelerin distres düzeyi daha yüksek bulundu. Yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde sonuçlarla uyumlu şekilde sosyal desteğin gebelikte duygusal sorunları azalttığı görülmektedir (Çoşkun ve ark 2020; Ayaz ve ark. 2020; Çiçek ve Mete, 2015).

Gebelikte yaşanan biyopsikososyal değişimlere bağlı ortaya çıkan fizyolojik ve anatomik yapıya özgü rahatsızlıklar anne adayının konforunu olumsuz şekilde etkilemektedir. Gebelikte düşük sosyoekonomik yapı ve eğitim seviyesi, gelir getiren bir işte çalışmama, eş-evilik sorunları, aile ve eş desteğinin yetersiz olması gibi demografik faktörlerin yanında genel sağlık durumu ve obstetrik nedenler strese neden olabilmektedir. Aynı zamanda kadınlarda anksiyete, depresyon düzeyini artırarak gebenin

konfor düzeyini olumsuz etkileyebilmektedir (Yıldız, Ayers ve Phillips, 2017; Aydın Özkan ve ark., 2020).

Bu çalışmada, katılımcıların yaşı azaldıkça prenatal konfor puan ortalamaları daha yükseldiği saptandı. Literatürde üçüncü trimester gebelerle yapılan çalışmalarda yaş ortalaması azaldıkça gebelerde stres ve depresyon görülme oranlarının arttığı (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Bunevicius ve ark. 2009; Aydın Özkan ve ark. 2020) belirtilmektedir. Gebelikte fiziksel rahatsızlıkların ve gebeliğe ilişkin sorunların daha az yaşanması, gebeliğin planlı olması ve ebeveyn olmaya duyulan isteğin artması genç annelerde konfor düzeyini olumlu yönde etkilemektedir.

Bu çalışmada, yükseköğretim mezunu gebelerin konfor puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü. Yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde de yaşam kalitesinin eğitim seviyesi ile pozitif bir ilişkide olduğu (Aydın Özkan ve ark., 2020), lise veya üniversite mezunu olan anne adaylarının gebeliğe ve anneliğe daha çok adaptasyon sağladıklarını belirtilmektedir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmada, planlı gebeliğe sahip, abort öyküsü bulunmayan, düzenli doğum öncesi bakım alan ve ilk gebeliği olan gebelerin prenatal konfor puanları daha yüksek bulundu. Gebeliğin sağlıklı devam etmesinde; planlı olması, nitelikli doğum öncesi bakım ile risklerin erken dönemde fark edilmesi ve ebeveynliğe hazır olması oldukça önemlidir (Özkan ve Arslan, 2007). Gebeliğin planlı olması ile gebeliğe uyumun kolaylaştığı (Demirbaş ve Kadioğlu,2014), anne-bebek bağlanmasının hızlı başladığı (Aydın Kartal ve Karaman, 2018;), gebelikte distres (Çapık ve ark., 2015) ve depresyon oluşma riskinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (Bunevicius ve ark., 2009).

Düşük anne refahı duygulanım, özsaygı ve yaşam doyumunun azalmasıyla; aynı zamanda yüksek düzeyde depresyon, kaygı ve stres ile de ilişkilendirilmektedir. Bu faktörler etkili olmakla birlikte gebelik sırasında düşük refahın yaygın olarak bildirilen ve incelenen bir diğer yönü de doğum öncesi strestir (Garlock ve ark. 2017). Prenatal dönemde gebelerin yaşadığı fiziksel ve psiko-sosyal sorunlar konfor düzeyini etkilemektedir. Birçok boyutuyla bütüncül bir bakım sağlanması gereken gebelik döneminde anne adayı; fiziksel rahatsızlıkları azaltmaya, rahatlamaya ve sorunların üstesinden gelebilmek için desteğe gereksinim duymaktadır (Özkan ve ark. 2023).

Araştırmaya katılan gebelerin yaşadığı distres arttıkça konfor düzeyinin 4.084 kat azaldığı saptandı. Literatürde, artan konforun, kaygıyı ve stresi azalttığına belirtilmektedir (Garlock ve ark. 2017).

Yapılan benzer çalışmalara bakıldığında da gebeliğini konforlu geçiren kadının, özgüven duygusunun geliştiği ve yaşam doyumunun arttığı ve anne-bebek bağlanmasını da kolaylaştığı ifade edilmektedir (Nakamura ve ark.,2015). Bir başka çalışmada ise gebelikte düşük iyilik halinin postpartum depresyon, benlik saygısında ve yaşam doyumunda azalma ile ilişkilendirildiği belirtilmektedir (Matvienko-Sikar ve Dockray, 2017).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonuçlarına göre; ebelikte distres durumunun bazı sosyodemografik (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, gelir düzeyi gibi) ve obstetrik (parite, abortus deneyimi, planlı gebelik durumu gibi) verilerden etkilendiği saptandı. Benzer şekilde prenatal konfor durumunda yaş eğitim durumu aile tipi gelir durumu, parite planlı gebelik durumu ve doğum öncesi bakım alma durumundan etkilendiği saptandı. Yapılan korelasyon ve regresyon analizleri sonucu gebelik döneminde yaşanan distres konfor düzeyini azalttığı saptandı. Bu sonuçlar doğrultusunda, antenatal bakım sırasında distres yaşayan gebelerin saptanması, konfor düzeylerini olumsuz etkileyen eden faktörlerin değerlendirilmesi önemlidir. Sunulacak ebelik/hemşirelik bakımında, girişimlerinin bütüncül yaklaşım doğrultusunda planlanması önerilmektedir. Ayrıca prenatal dönemde gebenin konforunun incelenmesine yönelik farklı çalışmaların yapılması ve etkileyen faktörlerin daha geniş yelpazede değerlendirilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma tek merkezde, yalnızca ilgili hastaneye gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerle gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval:

Araştırmanın uygulanmasında Adıyaman Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Tarih: 16/01/2024 Sayı: 2024/1-7)

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

YazarKatkısı/AuthorContributions: Fikir/kavram: ZM, SAÖ, DKŞ; Tasarım: ZM, SAÖ, DKŞ; Danışmanlık: SAÖ, DKŞ; Veri toplama: ZM; Veri İşlem: ZM; Analiz ve/veya Yorum: ZM, SAÖ; Kaynak tarama: ZM, DKŞ; Makalenin Yazımı: ZM, SAÖ, DKŞ; Eleştirel inceleme: SAÖ, DKŞ; Kaynaklar ve fon sağlama: ZM

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Araştırmacılar herhangi bir finansal destek belirtmemişlerdir.

KAYNAKLAR

- Aasheim, V., Waldenström, U., Hjelmstedt, A., Rasmussen, S., Pettersson, H., & Schytt, E. (2012). Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(9), 1108-1116.
- Akbaş, E., Vırt, O., Kalenderoğlu, A., Savaş, A. H., & Sertbaş, G. (2008). Gebelikte sosyo-demografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45, 85-91.
- Akpınar, F., & Ejder Apay, S. (2020). Gebelikte yaşanan distres ile gebelikteki yakınmalar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *JGON*, 17(4), 550-561.
- Altınçelep, F. (2011). Gebelerdeki prenatal distres düzeyinin belirlenmesi (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., Öngel, K., & Mungan, M. (2011). Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 21(2), 79-84.
- Aydın Kartal, Y., & Karaman, T. (2018). Doğuma hazırlık eğitiminin gebelerde prenatal bağlanma ve depresyon riski üzerine etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1), 85-91.
- Aydın Özkan, S. A., Şenol, D. K., & Aslan, E. (2020). Üçüncü trimester gebelerde konfor düzeyi ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 13(2), 92-99.
- Bayrampour, H., McDonald, S., & Tough, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 31(6), 582-589.
- Bodecs, T., Horvath, B., Kovacs, L., Diffellne Nemeth, M., & Sandor, J. (2009). Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orvosi Hetilap*, 150(41), 1888-1893.
- Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R. J., Jureniene, K., & Pop, V. J. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88(5), 599-605.
- Büyükkayacı Duman, N. (2012). Socio-demographic and obstetric factors associated with depression during pregnancy in Turkey. *American International Journal of Contemporary Research*, 2(11), 17-26.
- Coşkun, A., Arslan, S., & Okcu, G. (2020). Gebe kadınlarda gebelik algısının stres, demografik ve obstetrik özellikler açısından incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(1), 1-8.
- Çakır, L., & Can, H. (2012). Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 3(2), 35-42.
- Çalık, K. Y., & Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.
- Çapık, A., Ejder Apay, S., & Sakar, T. (2015). Gebelerde distres düzeyinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(3), 196-203.
- Çapık, A., & Pasinlioğlu, T. (2015). Validity and reliability study of the Tilburg Pregnancy Distress Scale into Turkish. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22, 260-269.
- Çiçek, Ö., & Mete, S. (2015). Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. *DEUHFED*, 8(4), 263-268.
- Çiltaş, N. Y., & Tuncer, S. K. (2019). Gebelikte distresin tanımlanması: Erzincan örneği. *Mehmet Akif Ersoy University Journal of Health Sciences Institute*, 7(1), 15-24.
- Demirbaş, H., & Kadioğlu, H. (2014). Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4), 200-206.
- Dereli Yılmaz, S., & Kızılkaya Beji, N. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3), 99-108.
- Dündar, T., Özsoy, S., Aksu, H., & Toptaş, B. (2019). Obstetrik özelliklerin gebelikte distres üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 17-24.
- Erbil, N., Oruç, H., & Karabulut, A. (2009). Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 19(2), 67-74.
- Garipey, A. M., Lundsberg, L. S., Miller, D., Stanwood, N. L., & Yonkers, K. A. (2016). Are pregnancy planning and pregnancy timing associated with maternal psychiatric illness, psychological distress and support during pregnancy? *Journal of Affective Disorders*, 205, 87-94.
- Garlock, A. E., Arthurs, J. B., & Bass, R. J. (2017). Effects of comfort education on maternal comfort and labor pain. *Journal of Perinatal Education*, 26(2), 96-104.
- Gözüyeşil, E. Y., Şirin, A., & Çetinkaya, Ş. (2008). Gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3, 39-66.
- Hobel, C. J., Dunkel-Schetter, C., Roesch, S. C., Castro, L. C., & Arora, C. P. (1999). Maternal plasma corticotropin-releasing hormone associated with stress at 20 weeks' gestation in pregnancies ending in preterm delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 180(1), 257-263.
- Karaçam, Z., & Ançel, G. (2009). Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery*, 25(4), 344-356.
- Kaya Şenol, D., Aydın Özkan, S., & Aslan, E. (2021). Adaptation of the prenatal comfort scale into Turkish: A validity and reliability study. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 29(2), 221-228.
- Kaya Zaman, F., Özkan, N., & Toprak, D. (2018). Gebelikte depresyon ve anksiyete. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1), 20-25.
- Kışlak, D. (2019). Gebelerdeki distresin sağlık uygulamaları üzerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kolcaba, K., & Di Marco, M. A. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*, 31(3), 187-194.
- Köse Tuncer, S., Karakurt, P., & Kasımoğlu, N. (2022). Gebelerde distres ile gebelikte yakınmalar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 114-121.
- Küçükkelepçe, D. Ş., Aydın Özkan, S., & Yılmaz, S. (2022). Gebelikte psikolojik distres deneyimleyen primipar

- gebelerde, postpartum dönemde depresyon görülmesi arasındaki ilişkinin incelenmesi: Prospektif çalışma. *Journal of Social Analysis in Health*, 2(1), 8-14.
- Marakoğlu, K., & Şahsıvar, Ş. (2008). Gebelikte depresyon. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(4), 525-532.
- Matvienko-Sikar, K., & Dockray, S. (2017). Effects of a novel positive psychological intervention on prenatal stress and well-being: A pilot randomised controlled trial. *Women and Birth*, 30(2), e111–e118.
- Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., & Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 71-76.
- Nakamura, Y., Takeishi, Y., Ito, N., Ito, M., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2015). Comfort with motherhood in late pregnancy facilitates maternal role attainment in early postpartum. *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 235(1), 53-55.
- Obrochta, C. A., Chambers, C., & Bandoli, G. (2020). Psychological distress in pregnancy and postpartum. *Women and Birth*, 33(6), 583-591.
- Oğuzhanoglu, N. K., & Varma, G. S. (2013). Gebelik sırasında ruhsal hastalıkların gidişi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(4), 276-287.
- Ortaarık, E., Tekgöz, İ., Ak, M., & Kaya, E. (2012). İkinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1, 16-20.
- Özkan, A., & Arslan, H. (2007). Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 38(4), 155-161.
- Özkan, H., Çakıl, M., & Kanbur, A. (2023). Kuramlarla prenatal ebelik bakımı. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3), 359-371.
- Prost, A., Lakshminarayana, R., Nair, N., Tripathy, P., Copas, A., Mahapatra, R., et al. (2012). Predictors of maternal psychological distress in rural India: A cross-sectional community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 138(3), 277-286.
- Schuurmans, C., & Kurrasch, D. M. (2013). Neurodevelopmental consequences of maternal distress: What do we really know? *Clinical Genetics*, 83(2), 108-117.
- Sevindik, F. (2005). Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ).
- Stojanowa, K., Rauchfuss, M., Bergner, A., & Maier, B. (2017). Anxiety in high- and low-risk pregnancies and its influence on perinatal outcome. *Mental Health & Prevention*, 6, 51–56.
- Şahin, E. M., & Kılıçarslan, S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 51-58.
- Takeishi, Y., Nakamura, Y., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2011). Development of the prenatal comfort scale. *Japanese Journal of Nursing Science*, 11, 11-18.
- Tekgöz, İ., Sunay, D., Çaylan, A., & Kısa, C. (2009). Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 13(3), 132-136.
- Yalı, M. A., & Lobel, M. (1999). Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 20, 39-52.
- Yanikkerem, E., Altan, E., & Demirtosun, P. (2004). Manisa 1 Nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu. *Kadın Doğum Dergisi*, 2(4), 301-306.
- Yeşilçiçek Çalık, K., & Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 142-162.
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). Depression, anxiety, PTSD and comorbidity in perinatal women in Turkey: A longitudinal population-based study. *Midwifery*, 55, 29-37.

Araştırma Makalesi/Research Article

Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi

Meltem ÖZKAYA¹, Öznur KÖRÜKCÜ²

Examining the Psychometric Properties of the Transition to Motherhood Scale

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin incelenmesidir.

Yöntem: Anneliğe Geçiş Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesinde yapı geçerliği için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, iç tutarlığı belirlemek için Cronbach Alfa Katsayısı hesaplanmıştır. Çalışma verileri Mayıs 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nde doğum yapan 300 anneden toplanmıştır. Verilerin analizi için LISREL ve SPSS v25 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin modifikasyonun yapıldığı doğrulayıcı faktör analizi sonucunda hesaplanan uyum indekslerinin $\chi^2 (393) = 785.64$, $p=0.00$, $\chi^2 /sd = 1.99$, $GFI=0.80$, $NNFI=0.90$, $CFI= 0.90$, $RMSEA= 0.08$, $AGFI= 0.80$ olarak belirlenmiştir. Ölçeğin beş faktörlü ve 30 maddeli yapısı doğrulanmıştır. Ölçeğin genel Cronbach Alfa Katsayısı 0.86 olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin Türk toplumunda doğum yapan anneler için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Anneliğe geçiş, psikometrik özellik, uyarlama

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to examine the psychometric properties of the Transition to Motherhood Scale.

Method: In evaluating the validity and reliability of the Transition to Motherhood Scale, exploratory and confirmatory factor analysis was performed for construct validity, and Cronbach's Alpha Coefficient was calculated to determine internal consistency. Study data were collected from 300 mothers who gave birth at Akdeniz University Hospital between May 2023 and May 2024. LISREL and SPSS v2 package programs were used to analyze the data.

Results: The fit indices calculated as a result of the confirmatory factor analysis in which the Transition to Motherhood Scale was modified were $\chi^2 (393) = 785.64$, $p = 0.00$, $\chi^2 /df = 1.99$, $GFI = 0.80$, $NNFI = 0.90$, $CFI = 0.90$, $RMSEA = 0.08$, $AGFI = 0.80$. The five-factor and 30-item structure of the scale was confirmed. The overall Cronbach Alpha Coefficient of the scale was determined as 0.86.

Conclusion: It has been determined that the Transition to Motherhood Scale is a valid and reliable tool for mothers giving birth in the Turkish society.

Keywords: Adaptation, psychometric properties, transition to motherhood

¹**Corresponding author:** Arş. Gör., Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Antalya. **e-mail:** meltemozkaya66@gmail.com, **ORCID ID:** 0000-0002-1004-6040

²Doç. Dr. Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Antalya. **e-mail:** oznurkorukcu@akdeniz.edu.tr, **ORCID ID:** 0000-0001-5840-9114

Geliş tarihi: 28.06.2024 **Revizyon:** 17.11.2024 **Kabul Tarihi:** 25.11.2024 **Online Yayın Tarihi:** 30.11.2024

Atıf/Citation: Özkaya, M., Körükcü, Ö. (2024). Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin psikometrik özelliklerinin incelenmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10(3), 176-183.



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

EXTENDED ABSTRACT

Objective: Pregnancy and birth are events that lead to a transition process, and women who experience physical and mental changes during these processes go through a transition process in recognizing and adapting to their new roles as mothers. The transition to motherhood is defined as the physical, psychological, social and relational changes that the woman experiences with her baby and her immediate environment during pregnancy and the postpartum period. It is stated that if women experience pregnancy and birth for the first time, they experience confusion during the transition period and need physical, emotional, cultural and social adaptation to eliminate this confusion. While the first studies on the transition to motherhood were about women gaining a maternal identity and role (Rubin, 1984), recent studies examine the concept of motherhood from a broad perspective, taking into account women's becoming mothers, bonding with the newborn, adapting to the maternal role, and their roles in social contexts. In Turkey, there is a need for a measurement tool that measures the experiences of women during the transition to motherhood and for more quantitative studies in this field. This study was conducted to examine the psychometric properties of the Transition to Motherhood Scale.

Method: This study was planned to examine the psychometric properties of the scale included in the study titled "Development of an assessment tool for the transition of Japanese primiparas becoming mothers: Reliability and validity" conducted by Youko Katou et al. Research data was collected from 300 mothers who gave birth at Akdeniz University Hospital between May 2023 and May 2024. Before collecting research data, ethical approval was obtained from the Akdeniz University Faculty of Medicine Clinical Research Ethics Committee (Decision No: 379, 10.05.2023). After a verbal explanation was given to the mothers about the study before starting the study, mothers who agreed to participate in the study were included in the study. Criteria for inclusion in the study; Agreeing to participate in the study voluntarily, being over 18 years of age, being able to read and write, and being hospitalized after birth. Exclusion criteria are; discharge from the hospital, loss of the baby, and multiple pregnancies. SPSS v25 and Linear Structural Relations (LISREL) program were used to evaluate the data. For the validity and reliability analysis of the scale, Cronbach Alpha Coefficient, exploratory and confirmatory factor analysis were calculated. Before factor analysis, Kurtosis Skewness (kurtosis coefficient) and Kolmogorov-Smirnov test were performed to determine whether the data showed normal distribution. Percentage and frequency were used to analyze socio-demographic data.

Results: The fit indices calculated as a result of the confirmatory factor analysis in which modifications were made between items 20 to 21 and items 1 to 10 were $\chi^2(393) = 785.64$, $p = 0.00$, $\chi^2/df = 1.99$, $GFI = 0.80$, $NNFI = 0.90$, $CFI = 0.90$, $RMSEA = 0.08$, $AGFI = 0.80$. As a result of the analysis, the overall Cronbach Alpha coefficient for the Transition to Motherhood Scale was calculated as 0.863. Cronbach's alpha coefficient of the sub-dimensions was calculated as 0.904 for factor 1, 0.889 for factor 2, 0.896 for factor 3, 0.950 for factor 4 and 0.658 for factor 5.

Conclusion: The Transition to Motherhood Scale is a qualified tool that measures Turkish mothers' postpartum transition to motherhood. To examine the scale's psychometric properties, all mothers who were in the hospital after birth were included in the study. The scale consists of five sub-dimensions and 30 items and the Cronbach Alpha Coefficient was determined as 0.86. It has been determined that the Transition to Motherhood Scale is a valid and reliable tool for mothers giving birth in Turkish society.

GİRİŞ

İnsan hayatı bir durumdan, koşuldan veya rolden diğerine geçişlerle doludur (Smith, 2020). Sağlıktan hastalığa, gebelikten anneliğe geçişler yaşam geçişlerine birer örnektir. Sağlık durumundaki değişiklikler, refahın artması için fırsat sağlarken bireyleri artan hastalık risklerine maruz bırakmanın yanı sıra geçiş sürecini tetikleyebilmektedir (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000). Sağlıklı bir şekilde geçiş yapmak, bireylerin yeterlilik duygusuyla birlikte subjektif sakinlik yaşamalarına ve sağlıklı ilişkiler kurmalarına yardımcı olabilmektedir (Schumacher & Meleis, 1994)

Gebelik ve doğum, geçiş sürecine yol açan olaylardır ve bu dönemlerde fiziksel ve zihinsel değişimler yaşayan kadınlar anne olarak yeni rollerini tanıma ve bu rollere uyum sağlama konusunda bir geçiş sürecinden geçmektedir (Itai, Harada, Nakazato, & Sakurai, 2022). Anneliğe geçiş, gebelik ve doğum sonrası dönemde kadının bebeğiyle ve yakın çevresiyle yaşadığı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ilişkisel değişimler olarak tanımlanmaktadır (Hwang, Choi, & An, 2022). Eğer kadınların ilk gebelik ve doğum deneyimi ise geçiş döneminde kafa karışıklığı yaşadığı ve bu karışıklığın ortadan kaldırılması için fiziksel, duygusal, kültürel ve sosyal açıdan adaptasyona ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (Razurel, Bruchon-Schweitzer, Dupanloup, Irion, & Epiney, 2011). Anneliğe geçiş ile ilgili ilk yapılan çalışmalar kadının annelik kimliği ve rolü kazanması üzerineyken (Rubin, 1984) son yapılan çalışmalar annelik kavramını, kadınların anne olması, yenidoğanla bağ kurması, annelik rolüne uyum sağlaması ve sosyal bağlamlardaki rollerini de dikkate

arak geniş bir perspektiften incelemektedir (Uriko, 2019; Yopo Díaz, 2018).

Kadınların anneliğe geçiş sürecini değerlendiren çok fazla kalitatif çalışma varken (Korukcu, Aydın, Conway, & Kukulu, 2018; Ozkaya, Korukcu, & Aune, 2024; Walker, Rossi, & Sander, 2019), anneliğe geçiş süreçlerini ölçmek için literatürde Türkçe bir ölçeğe ulaşılamamıştır. Türkiye’de kadınların anneliğe geçiş sürecinde yaşadıklarını ölçen bir ölçüm aracına ve bu alanda daha fazla nicel çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışma, Anneliğe Geçiş Ölçeği’nin psikometrik özelliklerinin incelemesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma, Youko Katou ve arkadaşları tarafından yapılan “Development of an assessment tool for the transition of Japanese primiparas becoming mothers: Reliability and validity” isimli çalışmasında yer alan ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmacılar orijinal ölçeğin sahibinden e-posta yoluyla uyarlama izni aldıktan sonra Mayıs 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’nde doğum yapan 300 anneden araştırma verileri toplanmıştır. Geçerlik güvenilirlik çalışmalarında faktör analizi yapabilmek için ölçek madde sayısının en az 5, ideal olarak ise 10 katı alınması gerektiği belirtilmektedir (Şencan, 2005). Anneliğe Geçiş Ölçeği 30 maddeden oluşması nedeniyle 300 anneden veri toplanmıştır. Araştırma verileri toplanmadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik onay alınmıştır (Karar No: 379, 10.05.2023). Araştırma, Helsinki İnsan Hakları Deklarasyonu, araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyularak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce annelere çalışma hakkında sözel açıklama yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı kabul eden annelerden yazılı olarak Bilgilendirilmiş Onam Formu ile onay alındıktan sonra çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; Çalışmaya katılmayı gönüllü kabul etmesi, 18 yaşın üzerinde olması, okuma-yazma bilmesi, doğum sonrası hastanede yatıyor olması, Dışlanma kriterleri ise; hastaneden taburcu olmak, bebeğin kaybı ve çoğul gebeliğin olmasıdır.

Veri Toplama Formu

Araştırma verileri araştırmacılar tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu ve Anneliğe Geçiş Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından annelerin sosyo-demografik ve obstetrik bilgilerini içeren 15 soruluk bir formdur.

Anneliğe Geçiş Ölçeği: Anneliğe geçiş sürecini belirlemek amacıyla Youko Katou ve arkadaşları tarafından (2022) geliştirilen “Anneliğe Geçiş Ölçeği” toplam 30 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10., 26., ve 29. madde ters madde olarak belirlenmiştir. Beşli Likert şeklinde oluşturulan ölçekte maddelerde belirtilen düşünceye, “1= Kesinlikle Katılmıyorum ve 5= Kesinlikle Katılıyorum” arasında değişen puanlarla değerlendirilmektedir. Ölçekten alınacak puanlar 30 ile 150 arasındadır. Ölçekten alınan puan arttıkça anneliğe geçiş sürecinin olumlu olduğu belirtilmektedir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesi için SPSS v25 ve Linear Structural Relations (LISREL) programı kullanılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik analizleri için Cronbach Alfa Katsayısı, açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi hesaplanmıştır. Faktör analizi yapılmadan önce verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Kurtosis Skewness (basıklık- çarpıklık katsayısı) ve Kolmogorov-Smirnov testi yapılmıştır. Sosyo-demografik verilerin analizi için yüzde ve frekans kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 28.48 ± 4.67 ve 38. gebelik haftasında doğum yapmıştır. Anneler doğumdan bir gün (24.42 ± 17.00 /saat) sonra taburcu olmadan önce çalışmaya alınmıştır. Annelerin %31.3’ü lise mezunu, %59.7’si çalışmıyor ve %71.3’ü gelirin giderine denk olduğunu belirtmiştir. Annelerin %86.0’sı isteyerek gebe kalmış ve %77.3’ü sezaryen doğum yapmıştır. Annelerin %34.0’ünün toplam gebelik sayısı ve %39.0’unun yaşayan çocuk sayısı bir olarak belirlenmiştir. Annelerin neredeyse tamamı doğumdan sonra eşinin (%95.7) ve ailesinin (%97.0) aldığını ifade etmiş ve %70.3’ü bebeğini emzirdiğini belirtmiştir (Tablo 1).

Adım 1 Çeviri- Dilsel eş değerlik

Anneliğe Geçiş Ölçeği’ni geliştiren Youko Katou ve arkadaşlarından uyarlama izni alındıktan sonra alanında uzman dört öğretim elemanı tarafından İngilizceden Türkçeye çevirisi yapılmıştır

Adım 2- Uzman Görüşü- Kapsam geçerliği

Anneliğe Geçiş Ölçeği’nin dilsel eş değeri sağlandıktan sonra kapsam geçerliğinin belirlenmesi için uzman görüşüne başvurulmuştur. Ölçeğin Türk Kültürüne uygunluğunun ve anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi için hemşirelik alanında uzman beş öğretim elemanından uzman görüşü alınmıştır. Uzman öğretim elemanlarına çalışmanın amacı açıklandıktan sonra ölçekte yer alan her bir soruyu Türkçeye

uygunluk ve anlaşılabilirlik açısından değerlendirmesi ve her sorunun 0-4 arasında puanlanması istenmiştir. Uzman görüşü sonrası değerlendiriciler arası uyumu hesaplamak için Kappa Uyum Katsayısı hesaplanmıştır. Değerlendiriciler arası Kappa Uyum Katsayısı 0.63 olarak hesaplanmış olup değerlendiriciler arası uyumun yüksek olduğu belirlenmiştir.

Adım 3- Geri Çeviri

Kültürlerarası ölçek uyarlama çalışmalarında anlatım bozukluğunu en aza indirmek için ölçek maddeleri kör çeviri yöntemi kullanılarak üç öğretim elemanı tarafından Türkçe'den İngilizce'ye çevrilmiştir.

Adım 4- Pilot Uygulama

Ölçek uyarlama adımlarının ilk üç adımı tamamlandıktan sonra ölçek maddelerinin anlaşılabilirliğinin değerlendirilmesi için on anne ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmaya alınan anneler çalışma kapsamına dahil edilmemiştir. Gelen öneriler doğrultusunda ölçek maddelerinin son hali verilmiştir.

Adım 5- Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

Anneliğe Geçiş Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesinde yapı geçerliği için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, iç tutarlığı belirlemek için Cronbach Alfa Katsayısı hesaplanmıştır.

Faktör analizi veri yapısının uygunluğunu değerlendirmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) hesaplanmıştır. Bu değer 0.74 olması nedeniyle veri yapısının faktör analizi yapabilmek için orta derecede yeterli olduğu ve Barlett küresellik testine ilişkin ki-kare değerinin de 0.01 düzeyinde anlamlı olduğu görülmektedir, $\chi^2(435) = 2220.319$, $p = .000$ (Tablo 2).

Yapılan analiz sonucunda, analize temel olarak alınan 30 madde için öz değeri 1'in üzerinde olan beş bileşen olduğu görülmüştür. Bu bileşenlerin toplam varyansa yaptıkları katkı %68.50'dir. Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin faktör desenini ortaya koymak amacıyla faktörleştirme yöntemi olarak temel bileşenler analizi; döndürme yöntemi olarak da dik döndürme yöntemlerinden maksimum değişkenlik (varimax) seçilmiştir. Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin faktör desenini ortaya koymak amacıyla yapılan açımlayıcı faktör analizinde, faktör yük değerleri için kabul düzeyi 0.50 olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Faktör 1 "annelik rolünde yetersizlik duygusu", faktör 2 "Çocuk bakımı benim için ne ifade ediyor?", faktör 3 "anne rolünü yerine getirmede ustalık duygusu", faktör 4 "çocuk bakımında kişinin partneriyle ilişkisi" ve faktör 5 "kişinin kendi ebeveynlik görüşünü geliştirmesi" şeklinde adlandırılmıştır.

Tablo 1. Annelerin gebelik ve doğuma ait özellikleri

Gebelik ve Doğum Özellikler	M±SS	
Gebelik Haftası (gün)	266.33 ± 13.78/ gün (38. gebelik haftası)	
Doğumdan Sonra Geçen Süre	24.42 ± 17.00/saat	
	n	%
Eğitim Durumu		
Okur yazar	3	1.0
İlköğretim	96	32.0
Lise	95	31.7
Lisans	94	31.3
Lisansüstü	12	4.0
Çalışma Durumu		
Evet	121	40.3
Hayır	179	59.7
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	43	14.3
Gelir gidere denk	214	85.7
Gelir giderden fazla	43	14.3
Aile Tipi		
Çekirdek	272	90.7
Geniş	28	9.3
İsteyerek Gebe Kalma		
Evet	258	86.0
Hayır	42	14.0
Doğum Şekli		
Normal Doğum	68	22.7
Sezaryen Doğum	232	77.3
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	150	50
Erkek	150	50
Yaşayan Çocuk		
1	117	39.0
2	109	36.3
3	63	21.0
4 ve üzeri	11	3.7
Toplam Gebelik Sayısı		
1	102	34.0
2	98	32.7
3	82	27.3
4 ve üzeri	18	6.0
Doğum sonu süreçte eşinizin desteğini hissediyor musunuz?		
Evet	287	95.7
Hayır	2	0.7
Kısmen	11	3.7
Doğum sonu süreçte yakınlarınızın desteğini hissediyor musunuz?		
Evet	291	97.0
Kısmen	9	3.0
Bebeğinizi emziriyor musunuz?		
Evet	211	70.3
Hayır	49	16.3
Kısmen	40	13.3

Tablo 2. KMO ve Barlett küresellik testi

Kaiser- Meyer- Olkin Örneklem Yeterlilik Ölçüsü	0,736	
Bartlett Küresellik Testi	Ki-Kare	2220.319
	df	435
	Sig.	0,000

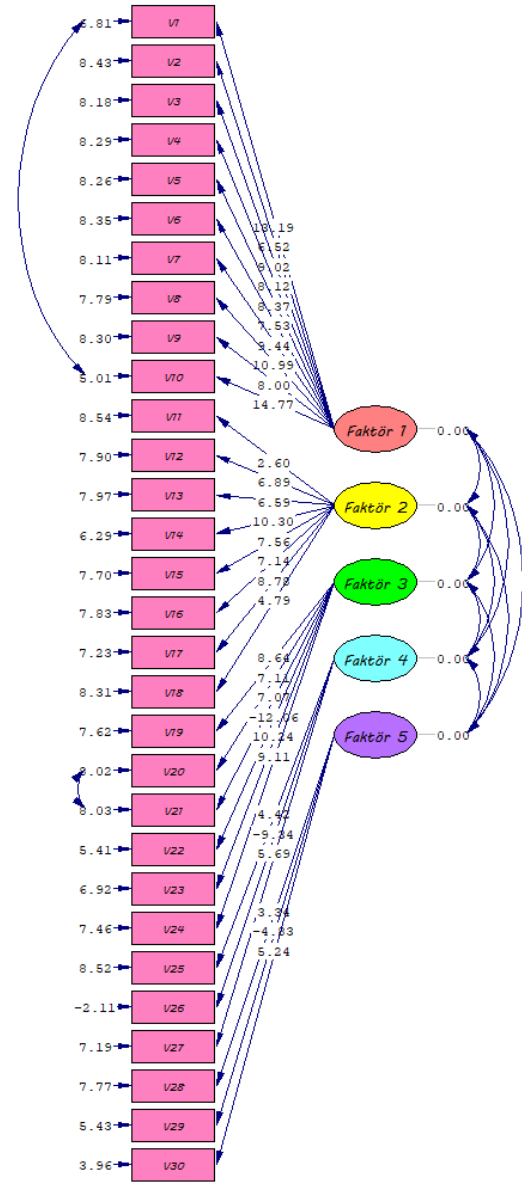
Tablo 3. Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin faktör deseni

Maddeler	Faktör 1	Faktör 2	Faktör 3	Faktör 4	Faktör 5
AGÖ1*	0.865				
AGÖ2*	0.685				
AGÖ3*	0.727				
AGÖ4*	0.800				
AGÖ5*	0.757				
AGÖ6*	0.702				
AGÖ7*	0.737				
AGÖ8*	0.767				
AGÖ9*	0.613				
AGÖ10*	0.865				
AGÖ11		0.780			
AGÖ12		0.713			
AGÖ13		0.720			
AGÖ14		0.756			
AGÖ15		0.721			
AGÖ16		0.598			
AGÖ17		0.759			
AGÖ18		0.729			
AGÖ19			0.870		
AGÖ20			0.904		
AGÖ21			0.847		
AGÖ22			0.554		
AGÖ23			0.743		
AGÖ24			0.554		
AGÖ25				0.855	
AGÖ26*				0.899	
AGÖ27				0.837	
AGÖ28					0.884
AGÖ29*					0.552
AGÖ30					0.795

*işaretili maddeler ters kodlanmıştır.

Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin faktör yapısını doğrulamak için analize 30 madde ile başlanmış ve bu 30 maddenin ölçeğin orijinalinde tespit edilen beş faktörlü yapının bu çalışmada elde edilen verilerle ne derecede uyum gösterdiğini değerlendirmek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Gizil değişkenlerin gözlenen değişkenleri açıklama durumlarına ilişkin t değerleri Şekil 1.1'de verilmiştir. Parametre tahminleri, eğer t değerleri 1.96'yı aşarsa .05 düzeyinde ve 2.56'yı aşarsa 0.01 düzeyinde anlamlıdır (Çokluk, Şekercioğlu, & Büyüköztürk, 2010). Bu çerçevede Şekil 1.1 incelendiğinde V26'nın .05 düzeyinde anlamlı olduğu, diğer göstergelerin ise .01 düzeyinde anlamlı t değer verdiği görülmektedir (Şekil 1).

Madde 20 ila 21 ve madde 1 ila 10 arasında modifikasyonun yapıldığı doğrulayıcı faktör analizi sonucunda hesaplanan uyum indekslerinin χ^2 (393) =785.64, p=0.00, χ^2/df =1.99, GFI=0.80, NNFI=0.90, CFI= 0.90, RMSEA= 0.08, AGFI= 0.80 olarak belirlenmiştir (Tablo 4).



Chi-Square=785.64, df=393, P-value=0.00000, RMSEA=0.082

Tablo 4. Anneliğe Geçiş Ölçeği doğrulayıcı faktör analizi uyum indeksleri

Uyum İndeksleri	Uyum
χ^2 (393)	785.64
χ^2/df	1.99
GFI	0.80
NNFI	0.90
CFI	0.90
RMSEA	0.08
AGFI	0.80

Güvenirlilik Analizi

Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin güvenirliliğinin belirlenmesi için iç tutarlılık (Cronbach Alfa Katsayısı) analizi yapılmıştır.

Tablo 5. Cronbach Alfa katsayıları

Alt Boyutlar	Cronbach Alfa Katsayısı
Faktör 1	0.904
Faktör 2	0.889
Faktör 3	0.896
Faktör 4	0.950
Faktör 5	0.658
Genel	0.863

Yapılan analiz sonucunda Anneliğe Geçiş Ölçeği için genel Cronbach Alfa katsayısı 0.863 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutların Cronbach alfa katsayısı faktör 1 için 0.904, faktör 2 için 0.889, faktör 3 için 0.896, faktör 4 için 0.950 ve faktör 5 için 0.658 olarak hesaplanmıştır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Anneliğe Geçiş Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesinde yapı geçerliği için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, iç tutarlığı belirlemek için Cronbach Alfa Katsayısı hesaplanmıştır. Örneklemin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek için Kaieser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliği Ölçüsü ve Barlett Küresellik Testi yapılmıştır. KMO değerinin 0.60'ın (sıklıkla da 0.50'nin üzerinde) üzerinde ve Barlett Küresellik Testi'nin $p < 0.05$ olması yeterli olarak kabul edilebilmektedir (Alpar, 2018; Şencan, 2005) ve çalışmamızda KMO değeri 0.74 ve Barlett Küresellik Testi $p < 0.000$ olarak belirlenmiştir.

Faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle olan ilişkilerini açıklayan katsayıdır ve yüksek olması beklenmektedir (Alpar, 2018). Başol ve arkadaşları (2013) ölçülen özelliğin geçerlilik katsayısı olarak ifade edilen bir maddenin ayırt edicilik gücünün 0.40 ve üzerinde değerlere sahip olması gerektiğini ifade etmektedir. Çalışmamızda minimum faktör yük değeri 0.50 olarak alınmıştır ve faktör yük değerleri 0.552-0.904 arasında değişmektedir. Tabachnick ve Fidell'e (2015) göre çalışmamızın faktör yük değerleri iyi ve mükemmel arasında değişkenlik göstermektedir. Kırbaş ve arkadaşları (2024) minimum faktör yük değerini 0.40 olarak değerlendirmişler ve 0.40'ın altında kalan maddeleri ölçekten çıkarmışlardır ve ölçek madde yük değerleri 0.58 ile 0.81 arasında değişmektedir. Orijinal ölçeğin faktör yüklerine baktığımızda 0.40'ın altına kalan faktör yüklerinin ölçekten çıkarıldığı saptanmıştır. Çalışma sonucumuza göre uyarladığımız ölçek 30 madde ve alt boyuttan oluşmakta ve orijinal ölçek ile uyum sağlamaktadır. Kırbaş ve arkadaşlarının (Kırbaş et al., 2024) uyarladığı ölçekte ise 25 madde ve iki alt boyut olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızdan elde edilen faktör yük değerleri uyarlanan ve orijinal ölçeğin faktör yük değerlerinden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen madde ve alt boyut sayıları orijinal ölçek ile

uyum sağlarken Türkçe'ye uyarlanan diğer ölçek ile farklılık bulunmaktadır. Çalışmamıza tüm doğum yapan anneler dahil edildiği ve uyarlanan diğer ölçeğin sadece primipar annelerle yürütülmesinden dolayı olabileceği düşünülmektedir.

Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi sonucuna göre $\chi^2 /sd = 1.99$ ($\leq 2,5$) mükemmel uyum gösterdiği, GFI (≥ 0.80), CFI (≥ 0.90), NNFI (≥ 0.90), RMSEA (≤ 0.08) ve AGFI (≥ 0.80)'nin ise kabul edilebilir düzeyde uyum gösterdiği saptanmıştır anlamlıdır (Çokluk, Şekercioğlu, & Büyüköztürk, 2010). Youko ve arkadaşları (2022) tarafından geliştirilen orijinal ölçekte uyum indeksleri ile çalışmamızda elde edilen uyum indeksleri benzerlik göstermekte ancak orijinal ölçekte χ^2 /sd değeri verilmediği için çalışmamızda bu değer mükemmel uyum göstermesi orijinal ölçek ile farklılık olduğunu göstermektedir. Kırbaş ve arkadaşları (2024) tarafından Türkçeye uyarlanan ölçeğin uyum indeksleri çalışmamız ile tutarlılık göstermektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde birden fazla uyum indeksinin sonucuna göre modelin teori ile uyumlu olup olmadığına karar verildiği (Çapık, 2014) için çalışmamızda birden fazla uyum indeksi sonucu verilmiştir.

Bir ölçekte bulunan maddelerin tutarlı olup olmadığını ve ölçeğin homojenliğini belirlemek için Cronbach Alfa katsayısı değerlendirilmektedir (Aktürk & Acemoglu, 2012; Çakmur, 2012). Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısının 0.80-1 arasında ise güvenilirliğinin yüksek olduğu (Çakmur, 2012) ve maddeler arasında tutarlılık olduğu belirtilmektedir (Aktürk & Acemoglu, 2012). Çalışmamızda genel Cronbach Alfa katsayısı 0.86 olarak ve alt boyutların Cronbach Alfa Katsayısı 0.658-0.950 arasında değişmektedir. Ölçeğin orijinal çalışmasında bu değerler 0.648-0.871 arasında değiştiği ve genel Cronbach Alfa Katsayısının verilmediği saptanmıştır. Çalışmamızda Faktör 5'e ait Cronbach Alfa Katsayısı < 0.7 olarak hesaplanmış ve orijinal ölçekte de bu değer < 0.7 altında olduğu saptanmıştır. Faktör 5'teki madde sayısının az olmasından dolayı Cronbach Alfa Katsayısının düşük olduğu düşünülmektedir. Kırbaş ve arkadaşları tarafından uyarlanan ölçeğin genel Cronbach Alfa Katsayı değeri 0.93, Faktör 1 0.95 ve Faktör 2 0.93 olarak hesaplanmıştır. Çalışma sonuçlarımız ölçeğin orijinal sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Uyarlanan çalışma ile farklılık göstermesinin nedeni örneklem büyüklüğü ve evreni olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ

Anneliğe Geçiş Ölçeği, Türk annelerin doğum sonu anneliğe geçiş sürecini ölçen nitelikli bir araçtır. Ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelenmesi için

doğum sonu hastanede olan tüm anneler çalışmaya dahil edilmiştir. Ölçek beş alt boyut ve 30 maddeden oluşmakta ve Cronbach Alfa Katsayısı 0.86 olarak belirlenmiştir. Anneliğe Geçiş Ölçeği'nin Türk toplumunda doğum yapan anneler için geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir. Anneliğe geçiş ile ilgili nicel bir ölçme aracının olması klinikteki sağlık personelinin kadınların anneliğe geçiş sürecini objektif olarak değerlendirmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval:

Araştırmanın uygulanmasında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Tarih: 10/05/2023 Sayı: 379)

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

YazarKatkısı/AuthorContributions: Fikir/kavram: MÖ; Tasarım: MÖ, ÖK; Danışmanlık: ÖK; Veri toplama Veri İşlem: MÖ, ÖK; Analiz ve/veya Yorum: MÖ, ÖK; Kaynak tarama: MÖ; Makalenin Yazımı: MÖ, ÖK; Eleştirel inceleme: ÖK; Kaynaklar ve Fon sağlama: MÖ, ÖK

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Araştırmacılar herhangi bir finansal destek belirtmemişlerdir.

KAYNAKLAR

- Aktürk, Z., & Acemoglu, H. (2012). Tıbbi araştırmalarda güvenilirlik ve geçerlilik. *Dicle Tıp Dergisi*, 39(2), 316-319.
- Alpar, R. (2018). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlik*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Başol, G., Çakan, M., Kan, A., Özbek, Ö., Özdemir, D., & Yaşar, M. (2013). Eğitimde ölçme ve değerlendirme. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Çakmur, H. (2012). Araştırmalarda Ölçme-Güvenirlik-Geçerlilik. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3).
- Çapık, C. (2014). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında doğrulayıcı faktör analizinin kullanımı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 196-205.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2010). Çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi Yayınları, 283.
- Hwang, W. Y., Choi, S. Y., & An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: a methodological study. *Korean J Women Health Nurs*, 28(1), 8-17.
- Itai, M., Harada, S., Nakazato, R., & Sakurai, S. (2022). Transition to Motherhood of Mothers Receiving Continuity of Child-Rearing Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8440.
- Katou, Y., Okamura, M., & Ohira, M. (2022). Development of an assessment tool for the transition of Japanese primiparas becoming mothers: Reliability and validity. *Midwifery*, 115, 103485.
- Kırbaş, Z. Ö., Odabaşı Aktaş, E., & Özkan, H. (2024). Validity and reliability of the Turkish version of the transition of primiparas becoming mothers scale. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 259. doi:10.1186/s12884-024-06438-7
- Korukcu, O., Aydın, R., Conway, J., & Kukulcu, K. (2018). Motherhood in the shade of migration: A qualitative study of the experience of Syrian refugee mothers living in Turkey. *Nursing & health sciences*, 20(1), 46-53.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Ozkaya, M., Korukcu, O., & Aune, I. (2024). Transition to Motherhood of Puerperal Women With Preterm Birth in a Challenging Lifetime: Transition Theory-Based Study. *Research & Theory for Nursing Practice*, 38(1).
- Razurel, C., Bruchon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O., & Epiney, M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period: a qualitative study. *Midwifery*, 27(2), 237-242.
- Rubin, R. (1984). Maternal identity and the maternal experience. *AJN The American Journal of Nursing*, 84(12), 1480.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Smith, M. (2020). Transitions in Health and Motherhood: Perspectives of a Woman with an Intracerebral Hemorrhage During Pregnancy.
- Şencan, H. (2005). *osyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlilik*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Tabachnick B, F. L. (2015). *Çok değişkenli istatistiklerin kullanımı*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Uriko, K. (2019). Dialogical self and the changing body during the transition to motherhood. *Journal of Constructivist Psychology*, 32(3), 221-235.
- Walker, S. B., Rossi, D. M., & Sander, T. M. (2019). Women's successful transition to motherhood during the early postnatal period: A qualitative systematic review of postnatal and midwifery home care literature. *Midwifery*, 79, 102552.
- Yopo Díaz, M. (2018). Enacting motherhood: time and social change in Chile. *Journal of Gender Studies*, 27(4), 411-427.

Araştırma Makalesi/Research Article

İnfertil Kadınlarda Çift Uyumu ve İnfertiliteden Etkilenme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Tuğba KORKMAZ¹, Gamze FIŞKIN SİYAHTAŞ²

Determination of the Relationship Between Dyadic Adjustment and Levels of Affected by Infertility in Infertile Women

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada infertilite tanısı bulunan çiftlerin uyum düzeyleri ve infertiliteden etkilenme dereceleri arasındaki ilişki incelenmiştir. **Yöntem:** Tanımlayıcı ilişki arayıcı tipteki araştırmanın örneklemini İstanbul İli Anadolu yakasındaki bir eğitim araştırma hastanesinin infertilite polikliniğine 01/09/2023- 01/02/2024 tarihleri arasında başvuran 320 infertil kadın oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve İnfertiliteden Etkilenme Ölçeği (İEÖ) kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 31.73 ± 5.48 'dir. Kadınların $5.37 (\pm 3.71)$ yıldır evli oldukları, $4.07 (\pm 3.25)$ yıldır çocuk sahibi olmak istedikleri ve $2.55 (\pm 2.37)$ yıldır tedavi gördükleri tespit edilmiştir. ÇUÖ toplam puan ortalaması $121.89 (\pm 17.74)$ olan kadınların İEÖ'den ise ortalama $70.70 (\pm 8.34)$ puan aldıkları belirlenmiştir. Araştırmaya katılım sağlayan kadınların eğitim ve çalışma durumları ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) ekonomik durumlarıyla ise anlamlı farklılıklarının olduğu ($p<0.05$) tespit edilmiştir. Ayrıca araştırma sonucunda infertil çiftlerin uyum durumu ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasında pozitif yönlü yüksek dereceli korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=0.509$, $p=0.001$).

Sonuç: Araştırmaya katılan çiftlerin uyum düzeylerinin iyi olduğu ancak infertiliteden yüksek düzeyde etkilendikleri görülmüştür. Çiftlerin kuvvetli evlilik bağlarına rağmen infertiliteden olumsuz şekilde etkilenmesi sonucu, araştırmaya katılan kadınların demografik değişikliklerine bağlı olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Bu açıdan tanı ve tedavi sürecindeki çiftlerin psikolojik açıdan da destek almasının son derece gerekli olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Çift uyumu, infertilite, infertiliteden etkilenme düzeyi

ABSTRACT

Objective: In this study, the relationship between the adjustment levels of couples diagnosed with infertility and their degree of being affected by infertility was examined.

Method: The sample of the descriptive correlational study consisted of 320 infertile women ($n=320$) who applied to the infertility outpatient clinic of a training and research hospital on the Anatolian side of Istanbul between 01/09/2023 and 01/02/2024. Personal Information Form, Dyadic Adjustment Scale (DAS) and Impact of Infertility Scale (IES) were used as data collection tools. The statistical significance level was accepted as $p<0.05$.

Results: The women who participated in the study were 31.73 ± 5.48 years old. They had been married for 5.37 ± 3.7 years, wanted to have children for 4.07 ± 3.25 years, and had been receiving treatment for 2.55 ± 2.37 years. It was determined that the women had a total mean score of 121.89 ± 17.74 on the DAS and 70.70 ± 8.34 on the IES. It was found that there were no statistically significant differences between the educational and employment status of the women participating in the study and the scales ($p>0.05$), while there were significant differences in their economic status ($p<0.05$). In addition, as a result of the study, it was determined that there was a positive high degree correlation between the scales ($r=0.509$, $p=0.001$).

Conclusion: It was observed that the couples who participated in the study had good levels of adjustment, but were highly affected by infertility. The result that couples were negatively affected by infertility despite their strong marital bonds was interpreted as it may be due to the demographic changes of the women participating in the study. In this respect, it can be said that it is extremely necessary for couples in the diagnosis and treatment process to receive psychological support.

Keywords: Dyadic adjustment, infertility, level of affected by infertility

¹Corresponding author: Ebe, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul. e-mail: ebetugbakorkmaz@gmail.com ORCID ID: 0009-0009-8399-7814

²Doç. Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fakültesi, İstanbul e-mail: gamzefiskin@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-3065-6484

Geliş tarihi: 01.06.2024 1. Revizyon: 27.08.2024 2. Revizyon: 15.10.2024 Kabul Tarihi: 30.10.2024 Online Yayın Tarihi:30.11.2024

Atıf/Citation: Korkmaz T. ve Fışkın Siyahtaş G. (2024). İnfertil kadınlarda çift uyumu ve infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10 (3),184-194.

Bu çalışma Avrasya Jinekoloji Obstetrik ve Cerrahileri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

EXTENDED ABSTRACT

Objective: Worldwide, one in 10 women of reproductive age struggles with fertility problems, while in Turkey one in six married women face such problems and experience infertility as a result. Infertility is a stressful process that begins with diagnosis and continues with treatment. The emotional toll of infertility affects couples and leads to communication and marital problems between partners. As infertility problems and treatment processes drag on, disappointments, unfair recriminations between spouses and feelings of guilt on both sides become entrenched. Studies have shown that infertility has a negative impact on the harmony of couples, leading to increased anxiety and depression, abandonment of the spouse, disruption of sex life, anxiety, intra-family violence and eventually divorce. The disruption of harmony or the presence of conflict in marriage has a negative impact on family members and consequently on society. Therefore, efforts and insights on preventive or mitigating interventions for marital conflicts are crucial to address the needs arising from infertility. Healthcare professionals, who play a critical role in reducing the stress experienced by any couple and serve as a primary source of information, should provide comprehensive care by assessing couples from a psychosocial perspective in addition to medical care. This is crucial as proper counseling of couples with infertility problems is very important for treatment success and strengthening communication between partners. In addition, effective management of this vital crisis enables those affected to cope with the stress of infertility, reduce the incidence of anxiety and depression and prevent social isolation.

This study was conducted in a descriptive and correlational design with the aim of investigating the harmony between infertile women and their spouses and the extent of the impact of infertility and exploring the relationship between them.

Material and Methods: The sample of the descriptive correlational study consisted of 320 infertile women (n=320) who applied to the infertility outpatient clinic of a training and research hospital on the Anatolian side of Istanbul between 01/09/2023 and 01/02/2024. Personal Information Form, Dyadic Adjustment Scale (DAS) and Impact of Infertility Scale (IES) were used as data collection tools. The statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: The women who participated in the study were 31.73 ± 5.48 years old, had been married for 5.37 ± 3.7 years, wanted to have children for 4.07 ± 3.25 years, and had been receiving treatment for 2.55 ± 2.37 years. It was determined that the women had a total mean score of 121.89 ± 17.74 on the DAS and 70.70 ± 8.34 on the IES. "It was found that there were

significant statistical differences between the economic status of the women participating in the study and the scales. In further analyses, it was found that the scores of those with lower income than expenses were higher in the DAS and those with equal income and expenses were higher in the IES. A weak negative correlation was found between the total score of the DAS and the duration of marriage ($r = -0.190$, $p = 0.001$) and the duration of childbearing ($r = -0.211$, $p = 0.000$), while no correlation was observed with the total score of the IES ($p > 0.05$).

It was found that the women in the study received scores of 40.31 ± 5.67 , 15.53 ± 5.40 , 55.71 ± 10.28 and 10.34 ± 2.06 for the Marital Satisfaction, Marital Togetherness, Marital Consensus and Marital Emotions subscales, respectively. Statistically significant, positively correlated and low/medium relationships were found between marital satisfaction, marital togetherness, marital consensus, marital emotions, DAS total score and IES score."

In addition, as a result of the study, it was determined that there was a positive high degree correlation between the scales ($r = 0.509$, $p = 0.000$).

Conclusion: It was observed that the couples who participated in the study had good levels of adjustment, but were highly affected by infertility. The result that couples were negatively affected by infertility despite their strong marital bonds was interpreted as it may be due to the demographic changes of the women participating in the study. In this respect, it can be said that it is extremely necessary for couples in the diagnosis and treatment process to receive psychological support.

GİRİŞ

İnfertilite; 35 yaşın altındaki kadınlarda 12 ay, 35 yaş üzerindekilerde ise 6 ay boyunca çiftlerin düzenli ve korunmasız haftada birden fazla cinsel ilişkisine rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanmaktadır (Topçu ve ark., 2017). Dünya genelinde üreme çağında bulunan her 10 kadından biri Türkiye’de ise her altı evli kadından biri fertilitate ile ilgili problemlerle yüzleşmektedir ve sonrasında infertilite tanısı almaktadır (Demirci ve Potur, 2017; Karaca ve Ünsal, 2015). İnfertilite problemi yaşayan kadınların çoğu gelişmekte olan ülkelerde yaşamakta ve çocuk sahibi olamama kişisel, ailevi ve sosyal sorunlarla birlikte evlilikte istikrarsızlığa yol açmakta, sosyal dışlanmaya sebep olmaktadır (Höbek Akarsu ve Kızılkaya Beji, 2019). Yapılan bir çalışmada dışlanacağını düşünen bazı kadınların konulan infertilite tanısını gizleme eğiliminde oldukları belirtilmiştir (Jafarzadeh-Kenarsari ve ark., 2015).

İnsanlar biyopsikososyal varlıklardır ve yaşadıkları çevre ile bütünsel değerlendirilmekte olup toplumsal normlar çerçevesinde evlilik birliğinin kurulmasıyla

ortaya çıkan sosyal bir yapıdır. Bu yapının temel amaçlarından biri de neslin devamlılığını sağlamaktır. Ancak toplum tarafından infertilite, evlilikten beklenen amacın gerçekleştirilmesinde bir engel olarak nitelendirilmektedir (Zeren ve Gürsoy, 2019; Amanak ve Kavlak, 2013; Yanıkkerem ve ark., 2008). Özellikle ataerkil kültüre sahip bölgelerdeki kadınlar için infertilite uzun yıllardır bir sorun ve suç olarak görülmektedir. Kadınlar kadın gibi hissetmemekte, bedenleri hakkında olumsuz düşüncelere kapılmakta, sadece doğurganlık kaynaklı değil, iyi bir eş veya ebeveyn olmadıklarını düşündükleri için düşük özgüvene sahip olmaktadır. Bu sebeple kendilerini yetersiz, suçlu, kusurlu, değersiz ve anormal hissetmektedir (Aydın ve Kızılkaya Beji, 2013).

İnfertilite, tanısı ile başlayan ve tedavi boyunca devam eden yıpratıcı bir süreçtir. Çocuk sahibi olamamaya deneyimlenen duygusal durumlar çiftleri etkileyerek, eşler arasında iletişim ve evlilik problemlerine neden olmaktadır (Ünal, Kargin ve Akyüz, 2010; Egelioglu-Çetışli ve ark., 2014). İnfertilite problemleri ve tedavi süreci uzadıkça hayal kırıklıklarına, eşlerin karşılıklı olarak birbirlerini haksız yere suçlamalarına ve suçluluk duygusunun her iki tarafta yerleşmesine neden olmaktadır (Yanıkkerem ve ark., 2008, Taşçı ve ark., 2008, Şen ve ark., 2014). İnfertilitenin çift uyumunu olumsuz etkilemesi sebebiyle anksiyete ve depresyonun arttığı, eşlerin birbirini terk ettiği ve boşanmayla sonuçlandığı, aile içi şiddete sebep olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konulmuştur (Karaca ve Ünsal, 2012; Kılıç ve ark., 2011; Oskay ve ark., 2009; Yıldızhan ve ark., 2009; Gourounti ve ark., 2012). Luk ve Loke (2019)'un yaptıkları bir çalışmada yine infertilitenin çiftlerin ilişkilerini olumsuz etkilediği, cinsel yaşamlarını bozduğu ve kaygıya yol açtığı bildirilmiştir. Evlilikte çiftlerin uyumunun bozulması veya çatışmaların olması, aile bireylerinin dolayısıyla da toplumun negatif şekilde etkilenmesi anlamını taşımaktadır. Evlilikteki çatışmaları önleyici ya da hafifletici müdahalelere duyulan ihtiyaçlar açısından bu konuda yapılacak çalışmalar ve elde edilecek bilgiler önem arz etmektedir (Yalçın, 2014, Şendil ve Korkut, 2008).

Çoğu çift, tedavi sürecinin yoğun psikolojik gerilime sebep olduğunu belirtmesine rağmen sağlık profesyonellerinden psikolojik yükü azaltmak için yeterli destek alamadıklarını ifade etmektedir (Koçak ve Duman, 2016). Çiftlerin her birinin deneyimlediği stresin azaltılmasında kritik bir role sahip ve temel bilgi kaynağı olan sağlık profesyonellerinin bakım verme dışında psikososyal açıdan da çiftleri değerlendirerek bütüncül yaklaşımla hizmet vermeleri gerekmektedir (Güngör ve Kızılkaya Beji, 2015, Thable ve ark., 2020). Çünkü infertilite problemi yaşayan çiftlere uygun danışmanlığın verilmesi,

tedaviyi başarı ile sonuçlandırmayı ve çiftler arası iletişimi güçlendirmeyi sağlaması açısından oldukça önemlidir. Ayrıca bu yaşamsal krizi bireylerin doğru bir şekilde yönetebilmeleri infertilite stresiyle baş edebilme, anksiyete ve depresyon sıklığını azaltma, sosyal izolasyonun önüne geçme gibi yararlar elde etmesine katkıda bulunacaktır (Koçak ve Duman, 2016).

Bu amaçla araştırmada infertilite tanısı bulunan çiftlerin uyum düzeyleri ve infertiliteden etkilenme dereceleri arasındaki ilişkinin incelenerek konunun önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

Araştırma Soruları

- 1.İnfertil kadınlarda çift uyumu ne düzeydedir?
- 2.İnfertil kadınların infertiliteden etkilenme durumları ne düzeydedir?
- 3.İnfertil kadınlarda çift uyumu ile infertiliteden etkilenme düzeyi arasında bir ilişki var mıdır?

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma; infertil kadınların eşleri ile uyum ve infertiliteden etkilenme düzeylerini incelemek, arasındaki ilişkiyi sorgulamak amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma evrenini İstanbul İli Anadolu yakasında bulunan Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin infertilite polikliniğine bir yıl süre ile başvuran kadınlar oluşturmuştur (N=1900). İlgili birimin son bir yıl içerisindeki verilerinden yola çıkarak yapılan örneklem hesabına göre %95 güven aralığı ve %5 hata payıyla örneklem 320 olarak hesaplanmıştır (n=320). Amaçlı örneklem yöntemi kullanılan araştırmaya 18-49 yaş aralığında, gebe kalmayı isteyen ve partneri olan, en az 1 yıldır (35 yaş üstü 6 ay) korunmasız ilişkiye rağmen gebe kalamayan, infertilite tanısı alan, psikiyatrik hastalık ve tedavi öyküsü olmayan, Türkçe bilen, okur-yazar, araştırmaya katılmayı kabul eden infertil kadınlar dahil edilmiştir.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 01 Eylül 2023-01 Şubat 2024 tarihleri arasında İstanbul İli Anadolu yakasındaki Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin infertilite polikliniğinde yapılmıştır. Yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak yapılan ve yaklaşık 15 dakika süren ankette hasta mahremiyeti gözetilmiş, poliklinik odasında birebir görüşme sağlanmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Yöntemi

Araştırmada veriler Kişisel Bilgi Formu, Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ) ve İnfertiliteden Etkilenme Ölçeği (İEÖ) kullanılarak toplanmıştır. Görüşme öncesi araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara bilgilendirilmiş onam formu okutulmuş ve yazılı onam alınmıştır. Katılımcılara anlaşılmayan konular ve sorular hakkında ayrıntılı açıklama yapılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Literatür çerçevesinde araştırmacılar tarafından tasarlanmış olan kişisel bilgi formu 28 sorudan oluşmakta olup katılımcıların demografik bilgilerine yönelik hazırlanmıştır (Yalçın, 2014).

Çiftler Uyum Ölçeği (ÇUÖ)

Spanier (1976) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Fıfıloğlu ve Demir (2000) tarafından yapılmıştır. Ölçek 5-7 seçenekli olan likert tarzda hazırlanmıştır. Puanlandırmalar ise şu şekildedir; 1-22. sorularda 5- Her zaman 0- Hiçbir zaman, 23-24. sorular 4-Her zaman 0-Hiçbir zaman, 25-28. sorular 5-Günde birden fazla 0-Hiçbir zaman, 29-30. sorularda ise Evet- 0 Hayır-1 puan almaktadır. 31. Soruda Aşırı mutsuz-0 Tam anlamıyla mutlu-6, 32. soruda ise en olumlu madde 5, en olumsuz olanı 0 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten 0-151 arası puan alınabilmekte olup kesme noktası 101 puandır. Alınan puan yükseldikçe ilişkinin kalitesinde arttığı belirtilmiştir. 4 alt boyutu bulunan ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach α katsayısı 0.903 olarak bulunurken ölçeğin alt boyutlarında katsayılar; Eşler Arası Tatmin 0.735, Eşler Arası Birliktelik 0.686, Eşler Arası Fikir Birliği 0.901 ve Eşler Arası Duygulanım 0.694 olarak saptanmıştır. Bu çalışmanın sonucunda ise ÇUÖ Cronbach α katsayısı 0.899 olup alt boyutlarının katsayıları Eşler Arası Tatmin 0.702, Eşler Arası Birliktelik 0.742, Eşler Arası Fikir Birliği 0.933 ve Eşler Arası Duygulanım 0.644 olarak bulunmuştur.

İnfertiliteden Etkilenme Ölçeği (İEÖ)

Ölçek; Akyüz ve arkadaşları tarafından (2008) geliştirilmiş olup, 21 maddenin 5'i ters kodlanmıştır. 1-4 arası puanlanan ölçeğin pozitif maddeleri 1: Hiçbir zaman, 4: Her zaman şeklinde, negatif maddeleri ise (3., 10., 13., 14., 21.) ters puanlanmaktadır. 4'lü likert tipteki ölçekte kesme noktası bulunmamaktadır. Alt boyutu da bulunmayan ölçekten alınan puan 21-84

arasındadır. Ölçekte toplam puan arttıkça infertiliteden etkilenmenin daha çok olduğu belirtilmiştir. Güvenirlilik katsayısı 0.93 olan ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach α katsayısı 0.90 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Çalışmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 06.07.2023, Sayı: 85), İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden (Tarih: 25.09.2023, Sayı:615061) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca ölçeklerin geçerlilik güvenilirliğini yapan ve ölçekleri geliştiren araştırmacılar izinleri istenmiştir. Çalışmada gönüllülük esasına uyularak, araştırmaya katılmayı kabul eden infertilite tedavisi alan kadınlar dahil edilmiştir. Hastalar çalışma ile ilgili bilgilendirilerek, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Katılımcıların tüm özel ve kimlik bilgileri gizli tutulmuş, alınan bilgilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı ve araştırmacılar dışında kimse ile paylaşılmayacağı, diğer kişi ve kurumların elde edilen bilgilere ulaşmasına izin verilmeyeceği konusunda bilgilendirilmiştir.

Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 22) paket program kullanılarak yapılmıştır. Verilerin analizinde Independent Sample-t test (t-tablo değeri), Mann Whitney U, Varyans Analizi ve Kruskal Wallis kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişkisel çıkarımlarda Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. İç geçerlilik verilerinin normallik dağılımında Cronbach α , Kurtosis ve Skewness katsayıları ile hesaplanmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları ise "Kurtosis" ve "Skewness" katsayıları (± 2) ile değerlendirilmiştir (Büyüköztürk Ş., 2014).

BULGULAR

Araştırmaya katılan infertil kadınların 31.73 ± 5.48 eşlerinin ise 34.82 ± 5.75 yaş ortalamasına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ortalama evlilik süresi 5.37 ± 3.71 yıl olan kadınların %41.3'ünün üniversite ve üzeri eğitime sahip olduğu, %35.6'sının çalıştığı, %65'inin geliri giderine eşit olduğu saptanmıştır. %26.9'u daha önce gebelik yaşamış olan kadınların gebeliklerinin %65.1'inin abortusla, %15.1'inin ise doğumla sonuçlandığı belirlenmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerine ait detaylı bulgular Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri (n= 320)

Değişkenler		n	%	Ortalama	± SS	Min	Max
Yaş		320	100	31.73	5.48	21	49
Eşin yaşı		320	100	34.82	5.75	20	56
Evlilik süresi (ay)		320	100	5.37	3.71	1	29
Eğitim durumu	Okuryazar	9	2.8				
	İlköğretim	81	25.3				
	Lise	98	30.6				
	Üniversite ve üzeri	132	41.3				
Çalışma durumu	Çalışıyorum	114	35.6				
	Çalışmıyorum	72	22.5				
	Ev hanımı	105	32.8				
	Önceden çalışıyordum	29	9.1				
Gelir durumu	Gelir giderden az	70	21.9				
	Gelir gider eşit	208	65.0				
	Gelir giderden fazla	42	13.1				
Daha önceden gebe kalma	Evet	86	26.9				
	Hayır	234	73.1				
Çocuk isteme süresi (ay)		320	100	4.07	3.25	3	348
Tedavi süresi (ay)		284	88.8	2.55	2.37	1	204
Bir önceki gebeliğin sonuçlanma şekli	Abortus	56	65.1				
	Doğum	13	15.1				
	Dış gebelik	12	14.0				
	Boş gebelik	5	5.8				
Tedavi şekli	Aşılama (kez)	132		2.04	0.77	1.00	5.00
	Tüp Bebek (kez)	115		1.66	1.15	1.00	8.00
	Klomen (kez)	65		2.62	1.06	1.00	6.00
	Diğer tedaviler (kez)	1		1.00	-	1.00	1.00
	Eşin tedavisi (kez)	16		1.19	0.40	1.00	2.00

n: örneklem; Min: minimum; Max.: maksimum; Ort.: ortalama; SS.: standart sapma

Tablo 2'ye göre; araştırmaya katılım sağlayan kadınların eğitim ve çalışma durumlarıyla ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı ($p>0.05$) gelir durumlarıyla ise anlamlı farklılıklarının ($p<0.05$) olduğu tespit edilmiştir. Yapılan ileri analizlerde; ÇUÖ'de geliri giderinden az olanların puanlarının düşük, İEÖ'de geliri giderine eşit olanların puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Daha önce gebelik yaşama ve bir önceki gebeliğin sonuçlanma şekline göre ölçek toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3'te kadının ve eşinin yaşı ile ölçeklere ait toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Evlilik süresi ($r=-0.190$ $p=0.001$) ve çocuk isteme süresiyle ($r=-0.211$, $p=0.000$) ÇUÖ toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü zayıf bir ilişkinin olduğu, İEÖ toplam puan ortalamasıyla ise bir ilişkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ayrıca tedavi süresi, aşılama, tüp bebek, Klomen ve eşin tedavisi gibi değişkenlerle ölçeklere ait toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 2. Demografik Özelliklerin İnfertiliteden Etkilenme Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarıyla Karşılaştırılması (n= 320)

	n	ÇUÖ		İEÖ		
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Eğitim Durumu	Okuryazar	9	129.22	21.91	70.11	16.37
	İlköğretim	81	118.05	19.90	70.01	8.55
	Lise	98	122.50	16.30	71.23	8.43
	Üniversite ve üzeri	132	123.29	16.84	70.76	7.44
	Test değeri		$X^2=2.307$ $p=0.511$		$X^2=6.967$ $p=0.073$	
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	114	120.47	20.22	70.18	8.98
	Çalışmıyorum	72	124.33	14.66	71.06	8.24
	Ev hanımı	105	122.62	17.08	70.61	8.04
	Çalışıyordum ayrıldım	29	118.72	16.52	72.17	7.18
	Test değeri		$X^2=2.910$ $p=0.406$		$X^2=2.661$ $p=0.447$	
Ekonomik Durum	Gelir giderden az	70	115.34	20.98	68.81	8.28
	Gelir gider eşit	208	123.78	15.75	71.74	7.55
	Gelir giderden fazla	42	123.40	19.07	68.67	11.07
	Test değeri		$X^2=8.470$ $p=0.014$		$X^2=10.333$ $p=0.006$	
Daha Önceden Gebelik Yaşama	Evet	86	118.97	18.53	70.01	9.49
	Hayır	234	122.96	17.36	70.95	7.89
	Test değeri		$U=9630.500$ $p=0.556$		$U=8670.000$ $p=0.058$	
Bir önceki gebeliğin sonuçlanma şekli	Düşük	56	119.11	19.71	70.43	8.53
	Doğum	13	115.31	20.99	72.08	8.49
	Dış gebelik	12	122.83	13.53	65.75	13.43
	Boş gebelik	5	117.60	5.94	70.20	11.43
	Test değeri		$X^2=1.861$ $p=0.602$		$X^2=1.467$ $p=0.690$	

n: örneklem; Ort.: ortalama; SS.: standart sapma; İEÖ: İnfertiliteden Etkilenme Ölçeği; ÇUÖ: Çiftler Uyum Ölçeği; X²:Kruskal Wallis Test; U: Mann Whithney U Test

Tablo 3. Bazı Demografik ve Obstetrik Özellikler ile Çiftler Uyum Ölçeği ve İnfertiliteden Etkilenme Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		ÇUÖ	İEÖ
Yaş	r	-0.069	0.072
	p	0.216	0.197
	n	320	320
Eşin yaşı	r	-0.094	0.009
	p	0.094	0.868
	n	320	320
Evlilik süresi	r	-0.190	-0.045
	p	0.001	0.419
	n	320	320
Çocuk isteme süresi	r	-0.211	-0.091
	p	0.000	0.104
	n	320	320
Tedavi süresi	r	-0.110	-0.060
	p	0.065	0.310
	n	284	284

Tablo 3. Devamı

Tedavi şekli	Aşılama	r	0.016	0.033
		p	0.855	0.706
Tüp bebek		n	132	132
		r	0.012	0.011
		p	0.902	0.910
Klomen		n	115	115
		r	-0.166	-0.056
		p	0.187	0.656
Eşin tedavisi		n	65	65
		r	-0.226	-0.052
		p	0.399	0.847
		n	16	16

ÇUÖ: Çiftler Uyum Ölçeği; İEÖ: İnfertiliteden Etkilenme Ölçeği; r: Spearman korelasyon testi

Araştırmadaki kadınların Eşler Arası Tatmin, Eşler Arası Birliktelik, Eşler Arası Fikir Birliği, Eşler Arası Duygulanım alt boyutlarından sırasıyla 40.31±5.67, 15.53±5.40, 55.71±10.28, 10.34±2.06 puanlar aldıkları belirlenmiştir. ÇUÖ'den ortalama

121.89±17.74, İEÖ'den ise ortalama 70.70±8.34 puan aldıkları görülmüştür. Tablo 4'e göre, Eşler Arası Tatmin, Eşler Arası Birliktelik, Eşler Arası Fikir Birliği, Eşler Arası Duygulanım ve ÇUÖ toplam puanı

ile İEÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük/orta düzeyli ilişkiler tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 4. Çiftler Uyum Ölçeği ile İnfertiliteden Etkilenme Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

İEÖ Toplam	Eşler Arası Tatmin	Eşler Arası Birliktelik	Eşler Arası Fikir Birliği	Eşler Arası Duygulanım	ÇUÖ Toplam
	r 0.489 p 0.000 n 320	r 0.256 p 0.000 n 320	r 0.401 p 0.000 n 320	r 0.417 p 0.000 n 320	r 0.509 p 0.000 n 320

ÇUÖ: Çiftler uyum ölçeği; İEÖ: İnfertiliteden Etkilenme Ölçeği; r: Spearman korelasyon testi

TARTIŞMA

İnfertil çiftler arasındaki ilişki, sosyodemografik özellikler gibi birçok faktörden olumsuz etkilenebildiğinden çiftlerin güçlü bir iletişim becerisine sahip olması, stresi azaltma, olumlu duygu üretme, aile bütünlüğünü ve uyumunu teşvik etmesi açısından faydalıdır (Tang ve ark., 2022). Dolayısıyla infertil çiftlerde duygusal bağın kurulması aile uyumunu iyileştirmelerine yardımcı olacağından (Lei ve ark., 2021) konunun üzerinde durulması oldukça önemlidir.

Kapısız ve ark. (2019)'nın 138 kadınla yaptığı bir çalışmada, kadınların yaşı arttıkça evlilik doyumunun da arttığı bildirilmiştir. Bu durumun bireylerin yaşı ilerledikçe sorunlarla baş etme becerilerinin de arttığı ve çevreden gelen sosyal baskılardan daha az etkilenmiş olabilecekleri şeklinde yorumlanmıştır. Du ve Dong (2021)'in yaptıkları çalışmada ise yaş ve infertilite süresinin çiftler arasındaki ilişkinin kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır. Araştırma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Yapılan araştırmalarda kadınların yaş ortalaması ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Ünal ve ark., 2010; Yılmaz ve ark., 2020). Bu çalışmada ise yaş ile infertiliteden etkilenme arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür.

Eğitim, çalışma, daha önce gebelik yaşama, en son yaşanan gebeliğin sonucu, tedavi süresi ya da şekliyle ÇUÖ toplam puanı arasında anlamlı bir farklılığının olmaması bu araştırmanın önemli bir bulgusudur. Kapısız ve ark (2019)'ın 138 kadınla yaptıkları çalışmalarında eğitim düzeyi arttıkça evlilik doyumunun azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bodur ve ark., (2013)'ın 104 infertil çift ile yaptıkları başka bir çalışmada da daha önce gebelik oluşumu ve sonuçlarının çift uyumunu etkilemediği bulunmuştur. Bazı araştırmalarda ise daha önce gebelik durumu olmayan infertil kadınların eşleriyle arasındaki çift uyum düzeyinin düşük olduğu (Güleç ve ark., 2011, Egelioglu-Çetişli ve ark., 2014), bazılarında ise ÇUÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu

saptanmıştır (Kaba ve Egelioglu-Çetişli, 2019). Literatürde kadınların gebe kalamadıklarında çevresiyle iletişiminin ve etkileşiminin azaldığı, evlilik ilişkilerinin kötüleştiği ve aile bağlarının bozulduğuna işaret edilmektedir (Yüksekol ve ark., 2020).

Araştırmaya katılan kadınların İEÖ'den aldıkları puanlarla yaş, evlilik süresi, çocuk isteme ve tedavi süresi, kişinin eğitim düzeyi ve çalışma durumu, daha önceden gebelik geçirme, son gebeliğin sonuçlanma şekli ya da tedavi şekli arasında anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür. Bu araştırmanın en çarpıcı sonuçlarından biri de çiftlerin infertiliteden etkilenme düzeylerini sadece gelir düzeyinin etkilediğidir. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda yüksek eğitimli ve ekonomik durumu iyi olan infertil kadınların daha fazla sosyal kaynağa sahip olabileceği ve böylece infertiliteye bağlı stresle başa çıkabilmelerine, kendilerini korumalarına olanak sağladığı ileri sürülmektedir (Li ve ark., 2020). Hatta ekonomik koşulların yetersizliğinin tedavi sürecini aksatabildiği ve çiftler arasında psikososyal sorunlara neden olabildiğinden bahsedilmektedir (Kapısız ve ark.,2019). Literatürdeki diğer araştırmalarda da çiftlerin eğitim düzeyi ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (Du ve Dong 2021; Karaca ve Ünsal, 2015). Çalışma sonuçlarındaki farklılıklar, coğrafik bölge ve örneklem gruplarının çeşitliliğinden kaynaklandığı şeklinde yorumlanabilir. ÇUÖ toplam puan ortalaması ile gelir durumu karşılaştırıldığında geliri giderine eşit olan bireylerin uyum düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Tedavi sürecinin uzun olmasının ve getirdiği mali yükün, çiftler arasındaki uyum sağlama yeteneğini azalttığı bildirilmiştir (Lei ve ark.,2021). Yapılan bir diğer çalışmada infertil kadınların gelir durumu ve evlilik uyum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (Taşçı ve ark., 2008). Bir diğer araştırmada, gelir durumu ile çift uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Şen ve ark.,2014). Literatürle kısmen benzerlik gösteren çalışmada örnekleme dahil edilen kadınların sosyodemografik farklılıklarının sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Du ve Dong (2021) infertilite süresi ile çiftler arasındaki ilişkinin kalitesi üzerinde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu çalışmada ise çift uyumu ile evlilik süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Literatürde evlilik süresi arttıkça stresin arttığı ve çiftlerin infertiliteden daha fazla etkilendikleri belirtilmektedir (Casu ve ark.,2022; Akyüz ve ark.,2008; Ünal ve ark.,2010; Yılmaz ve ark., 2020). Ancak Kapisız ve ark. (2019)'ın yaptıkları başka bir çalışmada evlilik süresi ile infertiliteden etkilenme arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ayrıca çocuk isteme süresinin artmasıyla beklentilerin azaldığını ve infertilite stres düzeyinin arttığını gösteren araştırmalarla da karşılaşmıştır (Yılmaz ve ark., 2020). Bu çalışmada da evlilik süresi ile infertiliteden etkilenme arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak evlilik süresi arttıkça çift uyumu azalmaktadır. Literatürdeki diğer çalışmalarda da çocuk sahibi olmak için arzulanan zaman ile infertiliteden etkilenme puanları arasında doğrusal bir ilişki bulunmuştur (Akyüz ve ark, 2008; Ünal ve ark., 2010). Ancak bu çalışmada çocuk isteme süresi ile infertiliteden etkilenme arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Çiftler arasında infertilite travması, uzun süren stresli randevular, ilaçlar ve tedaviler sonucu ortaya çıkan ruh hali ve cinsel istek değişiklikleri nedeniyle ilişkinin gerginleşebileceği üzerinde durulmaktadır (Assaysh-Öberg ve ark.,2023). Nuri Turhal ve Sis Çelik (2019)'ın yaptıkları çalışmada infertilite tanısı konulmuş ve daha önce gebe kalmamış olan kadınların psikolojik olarak infertiliteden orta düzeyde etkilendikleri sonucuna ulaşılmıştır. Yine benzer çalışmalarda sonucuna bakılmaksızın gebelik yüküsü olan kadınlarda infertiliteden etkilenme oranı yüksek bulunmuştur (Üner ve Sunal, 2018; Levent, 2021). Bu bulgular araştırma sonuçlarıyla kısmen benzer özellik göstermektedir.

İnfertil kadınların daha önce gebelik oluşumu ve sonuçlarına bakıldığında ÇUÖ toplam puanına göre anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (Bodur ve ark., 2013). Yapılan bazı araştırmalarda daha önce gebelik durumu olmayan infertil kadınların eşleriyle çift uyum düzeyi düşük bulunmuştur (Güleç ve ark., 2011, Egelioglu-Çetisli ve ark., 2014). Bu çalışmada daha önceki gebelik durumu ve gebeliğin sonuçlanma şekline bakıldığında ÇUÖ toplam puanına göre anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Çift uyumu, sorunlar veya değişiklikler meydana geldiğinde çiftlerin bağ kurabilmesi ve esneklik gösterebilmesi açısından oldukça önemlidir (Lei ve ark.,2021). Bağlılık, evlilik ilişkisinin kalitesi ve istikrarı için en önemli faktördür. Eşlerdeki bağlılığın; evlilik istikrarı, kalitesi, sevgiyi ve uyumu ifade etme ile pozitif bir ilişkisi vardır (He ve ark.,2018). Jamali-

Gandomani ve ark. (2022) bağlılık ve memnuniyet boyutlarının infertilite faktörü ile anlamlı bir ilişkisi olduğu ve infertilite faktörü kadın olduğunda bu iki boyutun puanlarının daha düşük olduğunu göstermiştir. Tajik ve ark. (2019) infertilite sorununun evlilik bağlılığı ve kalitesi üzerinde olumsuz etkisi olduğunu ve eşlerin evlilik hayatını zora sokacağını ortaya koymuştur. Cserepes ve ark. (2013) infertil çiftlerde yüksek düzeyde evlilik uyumunun, güçlü bir ilişki sağlayarak infertilite stresinin azalmasına neden olabileceğini bildirmişlerdir. Bu çalışmada ÇUÖ ve İEÖ toplam puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ($r= 0.509$, $p=0.000$). Bu sonuca göre; bireylerin çift uyumları artsa da infertiliteden yüksek düzeyde etkilendikleri görülmüştür. Literatürde infertilitenin bireyleri ve çiftlerin uyumunu etkileyen zorlu bir deneyim olduğu (Chaves ve ark.,2019) ve tedaviler sırasında çiftlerin kendilerini baskı altında hissettikleri, ruh hallerinin ve duygularının karmaşıklaştığı, kaygı ve korku deneyimledikleri bildirilmiştir (Safari ve ark, 2023; Ozan ve Duman, 2020; Lei ve ark.,2021). Ayrıca bu durum kendini soyutlama, ötekileştirilme, sosyal aktivitelerden kaçınma, cinsel ilişkilerde bozulma, aile ve arkadaşlarla iletişim kurma konusunda isteksizlik yaşama ve ciddi psikolojik sorunlara yol açabilmektedir (Pakpahan ve ark., 2024; Van Rooij ve ark., 2020). Daha önceki çalışmalarda da benzer bulgular rapor edilmiştir (Assaysh-Öberg ve ark.,2023; Scaravelli ve ark., 2022). Farklı coğrafyalar ve değişik kültürlerde yaşayan çiftlerle yapılmış çalışma bulgularının araştırma sonuçlarından farklı olduğu görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılan çiftlerin uyum düzeylerinin iyi olduğu ancak infertiliteden yüksek düzeyde etkilendikleri saptanmıştır. Çiftlerin kuvvetli evlilik bağlarına rağmen infertiliteden olumsuz şekilde etkilenmesi sonucu, demografik değişikliklerine bağlı olabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Sağlık profesyonelleri çiftlerin arasındaki uyum düzeyini, uyumu bozacak risk faktörlerini ve eşlerin cinsel yaşam örüntüsünü değerlendirebilir, gerekli durumlarda destek için yönlendirme yapabilir. Çiftlere uygun danışmanlık hizmetinin verilmesi kişilerarası iletişimi güçlendirmek açısından önem arz etmektedir. Bu açıdan sağlık profesyonellerinin tanı ve tedavi sürecindeki infertil çiftlerde görülen veya görülebilecek olumsuzluk yaratan değişkenleri ve problemleri erken fark etmeleri önemlidir. Ayrıca çiftlerin ihtiyaç ve gereksinimlerine yönelik en uygun olan yaklaşımlarda bulunulması ve psikolojik açıdan destek verilmesinin son derece gerekli olduğu söylenebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek merkezde yürütülmesi sebebiyle evrenin tümüne genelleme yapılamamaktadır. Bu açıdan sınırlılık olarak kabul edilmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval: Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanmasında Marmara Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Tarih:06.07.2023/85) Etik Kurul onayını takiben araştırmanın yapıldığı kurum ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izinler alınmıştır.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

YazarKatkısı/AuthorContributions:

Fikir/kavram: TK, GF; Tasarım: TK, GF; Danışmanlık: GF; Veri toplama: TK; Veri İşlem: TK; Analiz ve/veya Yorum: TK, GF; Kaynak tarama: TK, GF; Makalenin Yazımı: TK, GF; Eleştirel inceleme: TK, GF.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Bu araştırma için finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- Akyüz, A., Gürhan, N., & Bakır, B. (2008). Development and validation of an infertility distress scale for Turkish women. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 469–476.
- Amanak, K., & Kavlak, O. (2013). Etik boyutu tartışılan yardımcı üreme teknikleri ve yasal düzenlemeler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(1), 68–75.
- Assaysh-Öberg, S., Borneskog, C., & Ternström, E. (2023). Women's experience of infertility and treatment: A silent grief and failed care and support. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 37, 100879. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100879>
- Aydin, S., & Beji, N. K. (2013). Sexual function in infertile couples and the role of infertility counselor/Infertil çiftlerde cinsel fonksiyon ve infertilite danışmanının rolü. *Journal of Education and Research in Nursing*, 10(2), 8–14.
- Bodur, N. E., Çoşar, B., & Erdem, M. (2013). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun demografik ve klinik değişkenlerle ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 38(1), 51–62.
- Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20th ed.). Pegem Akademi Yayınları.
- Casu, G., Zaia, V., Montagna, E., de Padua Serafim, A., Bianco, B., Barbosa, C. P., & Gremigni, P. (2022). The infertility-related stress scale: Validation of a Brazilian–Portuguese version and measurement invariance across Brazil and Italy. *Frontiers in Psychology*, 12, 784222. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.784222>
- Chaves, C., Canavarro, M. C., & Moura-Ramos, M. (2019). İnfertil çiftlerin evlilik ve duygusal uyumlarında ikili başa çıkmanın rolü. *Aile Süreci*, 58(2), 509–523.
- Cserepes, R. E., Kollár, J., Sápy, T., Wischmann, T., & Bugán, A. (2013). Effects of gender roles, child wish motives, subjective well-being, and marital adjustment on infertility-related stress: A preliminary study with a Hungarian sample of involuntary childless men and women. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288, 925–932.
- Demirci, N., & Potur, D. C. (2017). İnfertilitede temel kavramlar, etiyojisi ve risk faktörleri. In N. Demirci & N. Kızılkaya Beji (Eds.), *İnfertilite hemşireliği el kitabı* (pp. 11–36). Nobel Tıp Kitapevi.
- Du, K., & Dong, Y. (2021). The dyadic interaction model of relationship quality and the impact of attachment orientation and empathy on infertile couples in China. *Nursing Open*, 8(5), 2664–2672.
- Egelioglu-Çetişli, N., Serçekuş, P., & Oğuz, N. (2014). Primer infertil kadınlarda cinsel doyum ve çift uyumu. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 16(3), 38–47.
- Fışıoğlu, H., & Demir, A. (2000). Applicability of the dyadic adjustment scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment*, 16(3), 214–218.
- Gourounti, K., Lykeridou, K., & Vaslamatzis, G. (2012). Increased anxiety and depression in Greek infertile women results from feelings of marital stress and poor marital communication. *Health Science Journal*, 6(1), 69–83.
- Güleç, G., Hassa, H., Yalçın, E. G., & Yenilmez, Ç. (2011). Tedaviye başvuran infertil çiftlerde, infertilitenin cinsel işlev ve çift uyumuna etkisinin değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 166–176.
- Güngör, İ., & Kızılkaya Beji, N. (2015). İnfertilite hemşirelerinin gelişen rolleri ve sertifikasyon gereksinimi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(2), 152–159.
- He, Q., Zhong, M., Tong, W., Lan, J., Li, X., Ju, X., & Fang, X. (2018). Forgiveness, marital quality, and marital stability in the early years of Chinese marriage: An actor–partner interdependence mediation model. *Frontiers in Psychology*, 9, 372161.
- Höbek Akarsu, R., & Kızılkaya Beji, N. (2019). Spiritual and religious issues of stigmatization women with infertility: A qualitative study. *Journal of Religion and Health*, 59(2), 1051–1065. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00884-w>
- Jafarzadeh-Kenarsari, F., Ghahiri, A., Habibi, M., & Zargham-Boroujeni, A. (2015). Exploration of infertile couples' support requirements: A qualitative study. *International Journal of Fertility & Sterility*, 9(1), 81–92.
- Jamali Gandomani, S., Taebi, M., Mirghiasi, A. R., & Nilforoushan, P. (2022). Association between infertility factors and perceived relationship quality in infertile couples. *Journal of Education and Health Promotion*, 11(1), 360.
- Kaba, F., & Egelioglu-Çetişli, N. (2019). Sexual function and dyadic adjustment in infertile women. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 13(1), 28–33.
- Kapısız, S., Gök, F. A., Yılmaz, N., Özcan, S., & Duyan, V. (2019). Marital satisfaction and influencing factors in infertile couples. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 1074–1084.
- Karaca, A., & Ünsal, G. (2012). İnfertilitenin kadın ruh sağlığı üzerine etkileri ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(2), 48–53.
- Karaca, A., & Ünsal, G. (2015). İnfertil kadınlarda infertiliteye bağlı yaşadıkları stres düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2), 126–132.
- Kılıç, M., Ejder Apay, S., & Kızılkaya Beji, N. (2011). İnfertilite ve kültür. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 19(2), 109–115.

- Koçak, D. Y., & Duman, N. B. (2016). İnfertilitenin psikolojik etkileri ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 2(3), 7–13.
- Lei, A., You, H., Luo, B., & Ren, J. (2021). The associations between infertility-related stress, family adaptability, and family cohesion in infertile couples. *Scientific Reports*, 11(1), 24220.
- Li, X., Ye, L., Tian, L., Huo, Y., & Zhou, M. (2020). Infertility-related stress and life satisfaction among Chinese infertile women: A moderated mediation model of marital satisfaction and resilience. *Sex Roles*, 82(1–2), 44–52. <https://doi.org/10.1007/s11199-019-01032-0>
- Luk, B. H. K., & Loke, A. Y. (2019). Sexual satisfaction, intimacy, and relationship of couples undergoing infertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 108–123.
- Nuri Turhal, G., & Sis Çelik, A. (2019). Primer infertil kadınlarda algıladıkları sosyal destek ile infertiliteden etkilenme düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(1), 91–104.
- Oskay, Ü. Y., Bayram, G. O., & Dişsiz, M. (2009). İnfertilitenin psikososyal ve psikoseksüel etkileri. In N. K. Beji (Ed.), *İnfertilite hemşireliği*, 177–196.
- Ozan, Y. D., & Duman, M. (2020). Effect of infertility causes related to gender differences on women's distress levels among patients utilizing a Turkish university hospital. *Journal of Health Research*, 34(5), 399–407.
- Pakpahan, C., Agustinus, A., Sa'adi, A., Nguyen, T. T. A., Liamputtong, P., Effendy, C., & Hinting, A. (2024). Lay understanding and experience of sexual intercourse among couples with infertility undergoing an assisted reproduction technology program: A qualitative study. *Heliyon*, 10(5), e26879. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e26879>
- Safari, S., Hasanpoor-Azghady, S. B., & Amiri-Farahani, L. (2023). The role of men's forgiveness in marital satisfaction and coping strategies of infertile Iranian women. *BMC Women's Health*, 23(1), 227.
- Scaravelli, G., Fedele, F., Spoletini, R., Monaco, S., Renzi, A., & Di Trani, M. (2022). Toward a personalized psychological counseling service in assisted reproductive technology centers: A qualitative analysis of couples' needs. *Journal of Personalized Medicine*, 13(1), 73. <https://doi.org/10.3390/jpm13010073>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15–28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Şen, E., Bulut, S., & Şirin, A. (2014). Primer infertil kadınlarda eşler arası uyumun incelenmesi [To examine of dyadic adjustment on primary infertile women]. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 22, 17–24.
- Şendil, G., & Korkut, Y. (2008). Evli çiftlerdeki çift uyumu ve evlilik çatışmasının demografik özellikler açısından incelenmesi. *Psikoloji Çalışmaları*, 28, 15–34.
- Tajik, S. S., Sayadi, M., & Taheri, N. (2019). Marital commitment and relationship quality in fertile and infertile couples. *Quarterly Horizon of Medical Sciences*, 25, 184–197.
- Tang, N., Jia, Y., Zhao, Q., Liu, H., Li, J., Zhang, H., & Huangfu, C. (2022). Influencing factors of dyadic coping among infertile women: A path analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 830039. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.830039>
- Taşçı, E., Bolsoy, N., Kavlak, O., & Yücesoy, F. (2008). İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *TJOD Derg Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5(2), 105–110.
- Thable, A., Duff, E., & Dika, C. (2020). Infertility management in primary care. *The Nurse Practitioner*, 45(5), 48–54.
- Topçu, H. O., Evliyaoglu, Ö., & Şahin, Y. (2017). Temel infertilite araştırmaları nasıl olmalıdır. *Derleme. TJRMS*, 1, 104–111.
- Ünal, S., Kargın, M., & Akyüz, A. (2010). Factors affecting infertile women psychologically. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 9(5), 481–486.
- Üner, E., & Sunal, N. (2018). İnfertilite kliniğinde tedavi gören kadınların yalnızlık düzeyini ve algıladıkları aile desteğini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 1–15.
- Van Rooij, F. B., Bos, H. M. W., Gerrits, T., Hiadzi, R. A., & Donkor, E. S. (2020). The relationship between stigmatisation and quality of life in Ghanaian women and men with fertility problems: Mediating role of coping strategies. *Facts, Views & Vision in ObGyn*, 12(4), 257.
- Yalçın, H. (2014). Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 250–261.
- Yanikkerem, E., Kavlak, O., & Sevil, Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 112–121.
- Yildizhan, R., Adali, E., Kulusari, A., Kurdoglu, M., Yildizhan, B., & Sahin, G. (2009). Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 104(2), 110–112.
- Yılmaz, T., Yazici, S., & Benli, T. (2020). Factors associated with infertility distress of infertile women: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(4), 275–281.
- Yüksekol, Ö. D., Duman, M., & Ozan, Y. D. (2020). The relationship between gender perception levels and infertility distress of infertile women in a university hospital, Turkey. *Journal of Health Research*, 36(1), 150–157.
- Zeren, F., & Gürsoy, E. (2019). İnfertil çiftlerde çift uyumu ve yaşam kalitesinin önemi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 16(1), 68–72

Olgu Sunumu/Case Report

Doğum Sonu Dönemdeki Bir Kadına Roy Adaptasyon Model'ine Göre
Uygulanan Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Emine İLKİN AYDIN¹, Rukiye DİKMEN², Sevil ŞAHİN³

*Nursing Care Applied to a Woman in the Postpartum Period According to the Roy Adaptation Model:
A Case Report*

ÖZ

Doğum sonu dönem kadın ve çevresi için fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal değişimlerin yaşandığı gelişimsel bir süreçtir. Bu dönemde kadınlar annelik ve ebeveyn olma rollerine uyum sağlamaya çalıştıkları için beraberinde birçok zorlukla da karşılaşabilmektedir. Bir geçiş süresi olan doğum sonu dönemde, sunulan hemşirelik bakımı kadınların ve çevrelerinin değişen sürece adapte olmalarını kolaylaştırabilmektedir. Hemşireler kuram ve modelleri kullanarak birey ve çevresini bütüncül değerlendirip daha kaliteli ve sistematik bir bakım hizmeti sunabilir. Bu olgu sunumu, doğum sonu dönemdeki bir kadına Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda uygulanan hemşirelik bakımını açıklamak amacıyla yapılmıştır. Çalışmada katılımcının kişisel bilgilerinin gizliliğine dikkat ederek, olgu boyunca katılımcı ismi verilmeyip, hayali 'S.A.' olarak kodlanmıştır. 'S.A.' 'dan onam alındıktan sonra veriler gözlem, görüşme ve olguya (S.A.) ait bilgilerin olduğu dokümanlar kullanılarak toplanmıştır. S.A. 34 yaşında 38 haftalık gebedir ve doğum sancılarının başlaması nedeniyle hastaneye başvurmuştur. S.A'nın gebelik öyküsü Gravida:3, Para:2, Abortus:1 olarak belirlenmiştir. S.A. doğum eyleminin ilerlememesi nedeniyle hekimi tarafından sezaryen operasyonuna alınmış ve doğum sonu dönemde kadın sağlığı ve hastalıkları servisinde takibi yapılmıştır. S.A.'dan toplanan veriler Roy Adaptasyon Model'inin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarında değerlendirilerek uygun hemşirelik girişimleri yapılmıştır. Doğum sonu dönem adaptasyonu da beraberinde getirdiği için, hemşirelerin Roy Adaptasyon Model'ine göre bireyselleştirilmiş bakım planlaması, bireylerin değişen yaşam şekillerine uyum sağlamalarına ve genel sağlık sonuçlarını iyileştirmelerine katkı sağlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Doğum sonu, hemşirelik bakımı, Roy adaptasyon modeli,

ABSTRACT

The postpartum period is a developmental period of physical, psychological, social and emotional changes for women and their environment. In this period, women may face many difficulties as they try to adapt to their roles as mothers and parents. In the postpartum period, which is a transition period, nursing care can facilitate the adaptation of women and their environment to the changing process. By using theories and models, nurses can evaluate the individual and her environment holistically and provide a better quality and systematic care service. This case report was conducted to explain the nursing care provided to a woman in the postpartum period in line with the Roy Adaptation Model. In the study, paying attention to the confidentiality of the participant's personal information, the participant's name was not given throughout the case, and her fictitious name was coded as 'S.A.'. After obtaining consent from 'S.A.', data were collected through observation, interviews and documents containing information about the case (S.A.). S.A. was 34 years old and 38 weeks pregnant and was admitted to the hospital due to the onset of labor pains. The pregnancy history of S.A. was determined as Gravida:3, Para:2, Abortion:1. S.A. was taken to cesarean section by her physician because her labor did not progress and she was followed up in the gynecology and obstetrics service in the postpartum period. The data collected from the woman were evaluated in the physiological, self-concept, role function and interdependence areas of the Roy Adaptation Model and appropriate nursing interventions were made. The adaptation during the postpartum period brings along the need for adjustment, so the individualized care planning by nurses according to Roy's Adaptation Model contributes to individuals' adaptation to their changing lifestyles and improves overall health outcomes.

Keywords: Nursing care, postpartum, Roy adaptation model

¹Corresponding author: Emine İLKİN AYDIN, Öğretim Görevlisi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Yozgat, Türkiye. e-mail: ilkinemine@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-2991-4837

²Rukiye DİKMEN, Öğretim Görevlisi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yozgat, Türkiye. e-mail: rukiyedikmen66@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-6811-263X

³Prof. Dr. Sevil ŞAHİN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara, Türkiye. e-mail: sevilsahin1@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-7089-6648

Geliş tarihi: 30.12.2023 1. Revizyon: 16.07.2024 2. Revizyon: 15.10.2024 Kabul Tarihi: 13.11.2024 Online Yayın Tarihi: 30.11.2024

Atf/Citation: İlkın Aydın, E., Dikmen, R. ve Şahin, S. (2024). Doğum sonu dönemdeki bir kadına Roy Adaptasyon Model'ine göre uygulanan hemşirelik bakımı: olgu sunumu. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10(3),195-209.



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

EXTENDED ABSTRACT

The Roy Adaptation Model (RAM) is a model widely used in nursing that focuses on how individuals adapt to changes in their environment in response to health and illness. Roy argues that the behaviors of the individual in the adaptation process should be evaluated in four areas: "physiological, self-concept, role function and interdependence". The application of this model to postnatal care evaluates and facilitates the adaptation of individuals to their new roles and physiological changes after birth.

The postpartum period is a critical phase for women characterized by significant physiological, psychological and social changes as they adapt to motherhood. RAM provides a comprehensive framework for nursing care during this period and emphasizes the need for a holistic assessment of the mother's adaptive responses. RAM-based nursing care includes a comprehensive and systematic approach. Nurses should comprehensively evaluate all adaptive areas including "physiological, self-concept, role function and interdependence" by determining the needs and difficulties faced by postpartum individuals and provide individualized care services. Nurses should adopt a multidisciplinary team approach to provide better quality care. Nursing interventions based on this model include monitoring physical recovery, supporting emotional well-being, assisting transition to a mothering role, and improving the mother's support systems. By addressing these areas, nurses can facilitate successful adaptation and contribute to improving the overall health and well-being of postpartum women and their families.

In conclusion, RAM should be integrated into nursing practices to support the adaptation of women in the postpartum period to changes and the process. Nurses should receive training on models, prepare and implement individualized care plans with the appropriate model for the appropriate patient, and update care plans when necessary by continuous monitoring and evaluation. In addition, the digitalization of RAM and other models allows these models to be more easily accessed and used more by nurses.

GİRİŞ

Doğum sonu dönem anne ve yeni doğan sağlığı için oldukça kritik öneme sahiptir (Wojcieszek ve ark., 2023). Anne ölümlerinin %48,9 'u doğum sonu ilk 24 saat içinde görüldüğü ve çoğunlukla da önlenemez komplikasyonların zamanında tespit ve tedavisinin yapılmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Dol ve ark., 2022; UNİCEF, 2021). Doğum sonu dönemde kadın ve çevresi fiziksel, psikolojik, sosyal

ve duygusal değişimler yaşamaları nedeniyle gelişimsel bir süreç olarak da adlandırılmaktadır (Üstgörül ve Yanıkerem, 2017). Bu süreçte kadınlar anneliğe ve ebeveyn olmaya uyum sağlamaya çalıştığı için kendileri ve bebek bakımı konusunda yetersizlikler yaşayabilmektedir (Sade, Özkan ve Mucuk, 2020). Annelerin bütüncül olarak değerlendirilmesi, gereksinimlerinin tespit edilmesi ve karşılanmasında hemşirelere oldukça önemli roller düşmektedir. Bir geçiş süresi olan doğum sonu dönemde sunulan hemşirelik bakımının, kadınların ve çevrelerinin sürece adapte olmasını kolaylaştırdığı ifade edilmektedir (Bekmezci, Hamlacı ve Özerdoğan, 2016; Taşgıt ve Satı, 2022).

Doğum sonu dönemde sunulan bakımın yetersiz olması durumunda annede; doğum sonu kanama, enfeksiyon, pelvik ağrı, emzirme ve üriner sisteme ilişkin sorunlar, bebekte ise; sarılık, enfeksiyon, yetersiz beslenme, hipoglisemi vb. sağlık sorunları ortaya çıkabilmektedir (Beraki ve ark., 2020; Tiruneh, Shiferaw ve Worku, 2019). Bu sorunların erken dönemde tespiti ve bütüncül hemşirelik bakımının sunulmasında kuram ve modeller kullanılabilir. Modeller hemşirelik mesleğindeki temel kavramların arasındaki ilişkiye odaklanarak, hemşirelik uygulamaları sırasındaki sorunların tespiti ve çözüm önerilerinin geliştirilmesine katkı sağlamaktadır (Karadağ, Çalışkan ve Baykara, 2017). Ayrıca, bireyi ve çevresini bütüncül olarak değerlendirme imkanı sunarak bakımın daha sistematik olmasına da katkıda bulunmaktadır (Dağcı, 2019; Zuhur ve Özpancar, 2017). Hemşirelik alanında kullanılabilecek birçok model ve kuram olması nedeniyle sunulan bakımın etkin olabilmesi için hastaya, sürece uygun doğru kuram ve modellerin seçilmesi de oldukça önemlidir (Taşgıt ve Satı, 2022; Topal Hançer ve Yılmaz, 2020).

Bu olgu sunumunun amacı ise, doğum sonu dönemdeki bir kadına Roy Adaptasyon Modeli (RAM) doğrultusunda uygulanan hemşirelik bakımını açıklamaktır. Doğum sonu dönem adaptasyonu da beraberinde getirdiği için, hemşirelerin RAM'a göre bireyselleştirilmiş bakım planlaması bireylerin değişen yaşam şekillerine uyum sağlamalarına ve genel sağlık sonuçlarını iyileştirmelerine katkı sağlayabilir. Bu doğrultu da Sister Callista Roy tarafından 1970 yılında geliştirilen RAM kullanılmıştır (Roy, 2011). Roy'un modelini geliştirirken Selye'nin Genel Adaptasyon Teorisi, D. Johnson'ın Davranışsal Sistem Modeli ve Folkman ve Lazarus'un Etkileşimsel Stres ve Baş etme Model'inden etkilendiği görülmektedir. Modelin ana felsefesi hümanizm ve insan doğasına odaklanmaktadır (Uzun, 2017).

Roy insanı hemşirelik bakım hizmetinin sunulduğu adaptif bir varlık olarak tanımlamaktadır (Alimohammadi ve ark., 2015; Şimşek ve Sarıkaya, 2015; Uzun, 2017). Bireylerin gelişim ve davranışlarını etkileyen tüm durumların çevreyi oluşturduğunu belirtmiştir (Vicdan ve Karabacak, 2014). Bir insanın çevresindeki değişimlere uyum sağlamaya yönelik verdiği tepkiler sağlıklı olma durumunu, yaşadığı uyumsuzluk durumu ise hastalık olarak tanımlanmaktadır (Uzun, 2017; Whittemore ve ark., 2002). Roy'a göre uygulamalı bir disiplin olan hemşireliğinin odak noktası ise adaptif sistem olan insanın uyumunu arttırmaktır (Afrasiabifar, Karimi ve Hassani, 2013; Karadağ ve ark., 2017).

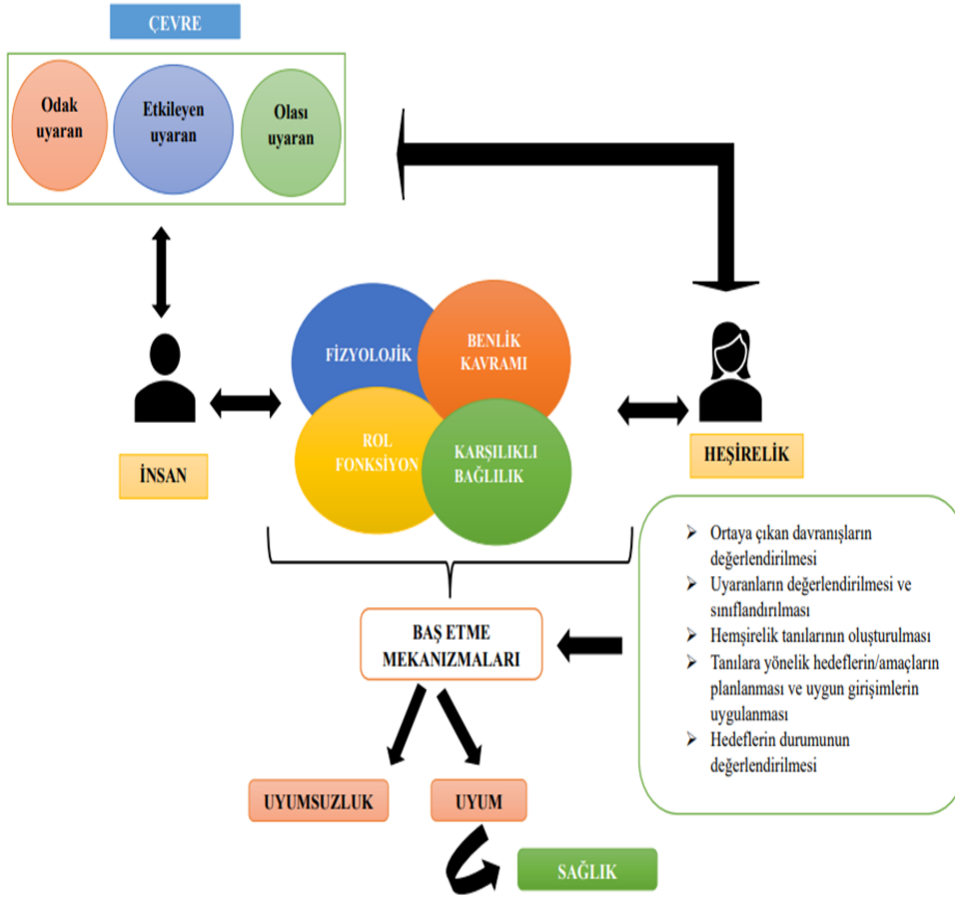
Roy, insanı çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen bir varlık olarak görmektedir. Dolayısıyla insanın iç ve dış çevreden gelen uyaranlara uyum sağlama yetisinde bir varlık olduğunu belirtmektedir ancak bazen geçmiş deneyimlerin, baş etme mekanizmalarının yetersizliğinden kaynaklı bireyin uyum sürecini etkilediğini de vurgulamaktadır (Pektekin, 2013; Roy, 2011). Roy modelinde uyaranları üç grupta incelemiştir. Odak (Fokal) uyaranları, bireyi en fazla etkileyen, hemen tepki verdiği iç ve dış çevreden gelen uyaranlar, Kontekstüel (Bağlamsal) uyaranları odak uyaranın oluşmasını tetikleyen tüm uyaranlar, Rezidüel uyaranları ise bireyin iç ve dış çevresinde meydana gelen ancak davranışa olan etkisinin belirsiz olduğu uyaranlar olarak tanımlanmaktadır (Roy, 2011; Uzun, 2017).

Roy, bireyin uyum sürecinde ortaya çıkardığı Şekil-1: Roy Adaptasyon Modelinin Kavram Haritası (Roy, 2011).davranışları “fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık” olmak üzere dört alanda değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadır (Uzun, 2017). Fizyolojik adaptasyon alanında organizmayı oluşturan hücreler, dokular, organlar ve tüm sistemler değerlendirilmektedir. Bu bağlamda bireylerin oksijenlenme düzeyleri, boşaltım alışkanlıkları, beslenme, korunma ve fiziksel aktivite, istirahat durumu sorgulanmaktadır (Phillips ve Harris, 2014; Uzun, 2017). Benlik kavramı alanı; bireyin kendisi ile ilgili algılarının değerlendirilmesini içermektedir. Birey sadece fiziksel olarak değil ruhsal ve manevi olarak da bir bütün olduğu düşünülerek, bireyin bütüncül olarak değerlendirmesi esastır. Bireyin cinsiyeti, görünüşü, kişilik özellikleri, sağlık-hastalık kavramlarını algılayışı fiziksel benliği, bireyin beklenti ve arzuları, değer ve inançları, kültürü ise kişisel benliği oluşturmaktadır (Roy, 2011; Uzun, 2017). Roy, rolü ‘bireyin toplumdaki pozisyonları nedeniyle (annelik, babalık, çocukluk, öğrenci vb.) toplumun bu rol kapsamında beklediği davranışları

gösterebilmesi’ olarak tanımlanmaktadır. Birey yaşadığı toplum içerisinde diğer insanlarla etkileşimde bulunarak rollerini yerine getirebilmektedir (Alimohammadi ve ark., 2015; Roy, 2011). Karşılıklı bağlanma alanının en temel gereksinimleri sevgi, saygı güven gibi ihtiyaçların karşılanmasıdır. Bu alanda bireyler için önemli olan kişilerle olan ilişkileri, destek sistemleri değerlendirilir (Demirsoy Horta, Aksu ve Özsoy, 2017; Pektekin, 2013). **Şekil 1’de** Roy’un Adaptasyon Modeline ilişkin yazarlar tarafından oluşturulan kavram haritası sunulmuştur (Roy, 2011).

YÖNTEM

Bu olgu sunumu, doğum sonu süreçteki bir kadına Roy Adaptasyon Modeli doğrultusunda uygulanan hemşirelik bakımını açıklamak amacıyla yapılmıştır. Çalışma İç Anadolu bölgesindeki bir şehir hastanesinde doğum yapan, çalışmaya katılmayı kabul eden bir katılımcı (S.A) ile yürütülmüştür. Çalışmaya başlamadan önce S.A.’ya çalışma hakkında bilgilendirme yapılarak onamı alınmıştır. Katılımcının kişisel bilgilerinin gizliliğine dikkat ederek, olgu boyunca katılımcı ismi verilmeyip, katılımcı ismi hayali ‘S.A.’ olarak kodlanmıştır. Verilerin toplanmasında gözlem, görüşme ve kadına ait bilgilerin olduğu dokümanlar veri toplama araçları olarak kullanılmıştır. Toplanan veriler araştırmacı tarafından Roy Adaptasyon Modeli kapsamında gruplandırılmıştır. Olgunun bakımı NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanıları, NIC (Nursing Intervention Classification) hemşirelik girişimleri ve NOC (Nursing Outcomes Classification) hemşirelik çıktıları doğrultusunda sistematize edilmiştir (Butcher ve ark., 2018; Dochterman ve ark., 2018).



Şekil 1. Roy Adaptasyon Modelinin Kavram Haritası (Roy, 2011).

OLGU SUNUMU

Olguya ilişkin genel bilgiler tanıtıcı özellikler, geçmiş tıbbi öyküsü ve obstetrik öyküsü başlığı altında **Tablo 1**'de sunulmuştur.

Olgudan toplanan diğer veriler ise Roy' un Adaptasyon modeli kapsamında "fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık" alanları altında verilmiştir.

Fizyolojik Alana İlişkin Bulgular;

Olgudaki 38. haftalık gebe olan S.A. doğum belirtilerinin (düzenli uterus kasılmaları ve nişanenin gelmesi) başlaması üzerine hastaneye başvuru yapmıştır. Acil serviste yapılan ilk muayene ve ultrason incelemesi sonrası, doğum eyleminin başladığı, açıklığın 2-3 cm olduğu tespit edilmiştir ve S.A. doğumhaneye yönlendirilmiştir. Doğum eyleminin ilerlememesi, NST de (Non-Stres Test) fetal kalp atımlarında bozulmaların olması nedeniyle olgu sezaryen operasyonuna alınmış ve kız, 3250 gr. ağırlığında bir bebek dünyaya gelmiştir. Doğum sonrası süreçte S.A. 'nın takiplerine kadın doğum servisinde devam edilmiştir.

Yaşam Bulguları; sezaryen sonrası 1. günde Ateş: 36.8°C, Nabız: 96 atım/dk, Kan Basıncı (KB): 90/60 milimetre civa (mmHg), oksijen saturasyonu (SpO2): 97 olarak ölçülmüştür. Doğum sonrası ilk 24 saat hemşireler tarafından yaşam bulguları yakından izlenmiştir. Olgunun ağrı durumu ise Visual Analog Skala (VAS) kullanılarak ölçülmüş ve olgu doğum sonrası ağrı durumunu 10 üzerinden 7 olarak puanlamıştır. Ağrısının özellikle hemşirelerin kanama kontrolü yaptığı sırada arttığını belirtmiştir. Kanamasının doğum sonrası ilk saatlerde daha fazla olduğu sonrasında azalmanın olduğu ve hastanın hasta bezi kullandığı gözlemlendi. Doğum sonrası süreçte S.A. 'nın tedavi planında; 3000 cc mix mayi (1000 cc SF (%0.9 izotonik sodyum klorür) +2000 cc Ringer Laktat) İntravenöz, Oksapar 1X1 Subkutan, Dikloron ampul (amp). 2x1 Intramüsküler, Cezol 2x1 İntravenöz (IV), Synpitan amp. 30 ünite (6 ampül) İntravenöz, Metpamid 1x1 İntravenöz vb. ilaçlar yer almaktadır. Laboratuvar test sonuçları RAM'ın fizyolojik alanı kapsamında tedavinin etkinliğine ilişkin bilgi sunduğu için **Tablo 2**'de sunulmuştur.

Tablo 1. Olguya İlişkin Genel Bilgiler

Tanımcı Özellikler	Adı-soyadı: S.A. Yaş: 34 Eğitim durumu: Lisans Medeni durum: Evli Kan grubu: 0 Rh (+) Evlilik süresi: 8 yıl Aile tipi: Çekirdek aile Ekonomik durum: Orta (gelir gidere denk) Gebelik şekli: planlı
Kadının Geçmiş Tıbbi Öyküsü	Olgunun tıbbi öyküsünde herhangi bir kronik hastalığının ve tespit edilen alerjik bir öyküsünün olmadığı, ancak 21 yaşında apandisit operasyonu geçirdiği belirlenmiştir. Olgunun aile öyküsünde ise annesinde hipertansiyon (HT) rahatsızlığının olduğunu, babasında ise akciğer kanseri tanısının olduğu tespit edilmiştir. Gebelik öncesi sigara kullanım öyküsü (günde 8-10 adet) bulunan olgu, gebelik boyunca kullanmadığını belirtmiştir.
Obstetrik Öyküsü	Gravida: 3 Para: 2 Abortus: 1 Şuandaki gebelik haftası: 38 hafta Önceki doğum öyküsü: olgu, ilk gebeliğinin düşükle sonuçlandığını, ikinci gebeliğinde 38 haftada normal doğum yaptığını, bu gebeliğinde ise normal doğum eyleminin ilerlememesi nedeniyle sezaryen operasyonuna alındığını ifade etmiştir.

Tablo 2. Laboratuvar Test Sonuçları

Testin Adı	Ameliyat Öncesi (Doğum Öncesi)	Ameliyat Sonrası (Doğum Sonrası)	Normal Değer Aralığı
Hemoglobin (HGB)	11.8	9.8	10.9-14.3 g/dL
Hematokrit (HCT)	35.7	32.9	35.5- 45.5 %
Eritrosit (RBC)	4.19	4.07	3.9-5.2 x10 ⁶ /mm ³
Trombosit	480	320	150-370 x10 ³ /mm ³
Lökosit (WBC)	4.32	6.28	3.9-10.2 x10 ³ /uL
Glukoz	70	68	74-106 mg/ dL
BUN	11	13	10-20 mg/ dL
Üre	20	19	14-43 mg/ dL
Kreatinin	0.53	0.62	0.51-0.95 mg/ dL

Olgunun fizyolojik alan kapsamında oksijenasyon, beslenme, boşaltım, fiziksel aktivite, dinlenme ve korunma durumlarına baktığımızda ise; doğum sonrası oksijen saturasyonu değerinin 96-98 aralığında değiştiği, solunuma ilişkin herhangi bir sıkıntısının olmadığı saptanmıştır. Beslenme düzeni olarak, S.A.'nın hastanede kaldığı süre boyunca rejim diyetlerine uygun hareket edildiği, ancak hastane yemeklerini çok sevmediği için tüketmek istemediği gözlenmiştir. S.A. aldığı sıvı miktarını takip etmediğini günlük ortalama 1.5-2 litre su tükettiğini söylemiştir. 1.65 cm boyunda 85 kg ağırlığında olan S.A.'nın BKİ (Beden Kitle İndeksi) değeri 31.2 (I. derecede Obez) olarak hesaplanmıştır. S.A. doğum sonrası süreçte mide bulantısının olduğunu bu yüzden iştahının çok iyi olmadığını ifade etmiştir. Boşaltım düzeni olarak, S.A. 'nın doğum sonrası foley katateri olduğu mobilizasyon sonrası foley kataterin hemşireler tarafından çıkarıldığı ve spontan idrara çıkma durumunun olduğu gözlemlendi. Ancak S.A. gebelik süresince kabızlık sıkıntısı yaşadığını, bu durumun doğum sonrası süreçte de devam ettiğini belirtmektedir. Perine hijyeni, ped değiştirme alışkanlığı konusunda S.A.'nın eksiklikleri olduğu gözlemlendi. Sezaryen sonrası 6. Saatte mobilize edilen S.A.'ya hemşirelerin erken mobilizasyonun önemini anlattığı gözlemlendi. Ancak S.A. ağrısının olması ve ayaklarında ödemin (+2) olması nedeniyle hareket etmek istemediğini ifade etmektedir. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken zorlanan S.A. yatak içerisinde dönme, ayağa kalkma, bebeğini emzirme, tuvalete gitme vb. aktiviteler sırasında refakatçisinin desteğine ihtiyaç duyduğu gözlenmiştir. Hastanede olmaları, odasının çift kişilik olması, doğum sonrası insizyon yerinde ağrısının olması ve bebeğini emzirmek için geceleri sık sık uyanması nedeniyle S.A. uykusuzluk sorunu yaşadığını, uyandığında kendisini dinlenmemiş hissettiğini belirtmektedir. Olgunun görme, tat alma, duyma vb. duylara ilişkin bir sıkıntısı olmadığı, yere ve zamana oryante olduğu gözlemlendi.

Benlik Kavramı Alana İlişkin Bulgular:

S.A. gebeliğe bağlı bedeninin çok değiştiğini, fazla kilo aldığını, karın bölgesinde oluşan çatlakların, sezaryene bağlı insizyon hattının onu rahatsız ettiğini, bu durumların onda stres neden olduğunu ifade etmektedir. S.A.'nın meme uçlarının içeri dönük olması, emzirme pozisyonlarını etkin bilmediği buna bağlı olarak emzirme eylemi sırasında yetersizlik yaşadığı gözlemlendi. S.A. şu anki beklentisinin hastaneden bebeği ile birlikte sağlıklıca taburcu olmak olduğunu söyleyerek bunun için bol bol dua ettiğini belirtmektedir. Bebeğinin sarılık durumunu değerlendirmek için kan örneği aldığını bu durumun onu tedirgin ettiğini ifade etmektedir. S.A. bebeğini etkin emziremediğini için sarılığın bu yüzden

olduğunu söyleyerek suçluluk duygusu yaşadığını belirtmiştir.

Rol Fonksiyonu Alana İlişkin Bulgular:

S.A. çekirdek aile yapısına sahip olduğunu, hastanede olması nedeniyle ilk çocuğuna kayınvalidesinin baktığını, bu bebeğinin ise bakımına ilişkin sıkıntılar yaşadığını söyleyerek annelik rolünü yerine getirmede sorunlar yaşadığını söylemiştir. S.A. eşiyle ilişkisinin iyi olduğunu, bu gebeliğinin planlı bir gebelik olduğunu, eşinin gebelik ve doğum sürecinde onu desteklediğini ifade etmiştir. S.A.'nın eşinin ziyaretlere geldiği, bebek bakımına katıldığı ve S.A.'nın sağlık durumu ile ilgilendiği gözlemlendi. Olgunun refakatçisi ile bebek bakımı konusunda çatışma yaşadıkları da gözlemlendi. S.A. özel sektörde çalışması nedeniyle yasal izinleri bittikten sonra işe dönecek olmanın onda şimdiden strese neden olduğunu ifade etmiştir.

Karşılıklı Bağlılık Alana İlişkin Bulgular:

S.A. eşi ile ilişkisinin iyi olduğunu ancak eşinin ailesi ile anlaşamadığını belirtmiştir. Aynı şehirde yaşamaları nedeniyle sık sık görüşmek zorunda kaldığını söyleyen S.A. eşinin ailesi tarafından anlaşılmadığını düşünmektedir. Gebelik sürecinde ona destek olmadıklarını, gebeliğe bağlı aldığı kilolar ve fiziksel değişikliklere bağlı sürekli sorulara maruz kaldığını ifade etmiştir. S.A.'nın hastanede bulunduğu sürede eşi dışında kimsenin ziyaretine gelmediği gözlemlendi. Kendisi de doğum sonrası süreçte kimseyle iletişime geçmek istemediğini, kayınvalidesinin bebek bakımı konusunda sürekli yargılayıcı yorumlar yapmasından sıkıldığını belirtti.

TARTIŞMA

Doğum sonrası dönem, kadın bedeninin gebelik öncesi haline dönmeye çalıştığı, bebeğin doğumuyla birlikte ebeveyn ve annelik rolünde değişikliklerin yaşandığı, fiziksel ve psikososyal olarak bir geçiş sürecini ifade etmektedir (Aydın Özkan, 2021; Tsai ve Wang, 2019). Bu geçiş sürecinde annelerin doğum sonrası döneme adaptasyonunu sağlamak için, sunulan hemşirelik bakımının bireysel, güncel ve kanıta dayalı olarak planlanması oldukça önemlidir (Chivers ve ark., 2021). Bu bağlamda odak noktası adaptasyon olan kuram ve modeller hemşirelik bakımında kullanılabilir (Roy, 2011). Doğum sonu dönemde olan S.A.'nın bakım planı Roy Adaptasyon Modeli'nin dört uyum alanı doğrultusunda sistematize edildi.

Doğum sonrası dönemde, anneye ve bebeğe ilişkin komplikasyonların görülmesi, annenin bilgi eksikliğinin olması, destek sistemlerinin yetersiz olması ve etkin hemşirelik bakımının alınamaması annelerin doğum sonrası dönemde adaptasyonunu etkileyebilmektedir (Üstgörol ve Yanikkerem, 2017). Doğum sonrası kadınlar genellikle hormonal dalgalanmalar, doğumdan sonra iyileşme ve

emzirmeye ilişkin bir dizi fiziksel değişiklikler yaşayabilmektedir (Modak ve ark., 2023). Bu olguda RAM'ın "*fizyolojik alanına*" yönelik ağrı, uyku örüntüsünde bozulma, fiziksel aktivitede yetersizlik, enfeksiyon riski tanılarına yer verildi. RAM kapsamında S.A'nın fizyolojik ihtiyacını kapsamlı bir şekilde değerlendirilerek ağrı yönetimi ve uyku örüntüsünün sağlanması konularında müdahaleler yapıldı, böylece olgunun fiziksel sağlığının iyileşmesine ve korunmasına katkı sağlandı (Bulut, Peksoy Kaya ve Şahin, 2024). Örneğin "akut ağrı" hemşirelik tanısına yönelik girişimler ve yapılan değerlendirme sonucunda VAS'a göre ağrı durumunun azaldığı gözlemlendi.

Anneliğe geçiş, bir kadının benlik kavramını ve kimliğini önemli ölçüde etkilemektedir (Hwang, Choi ve An, 2022). Bu olguda RAM'ın "*benlik kavramı alanına*" yönelik benlik kavramında bozulma, bilgi eksikliği, anksiyete tanıları yer aldı. Doğum sonrası dönemde yetersizlik duyguları, beden imajı kaygıları ve benlik saygısında değişiklikler oldukça yaygındır (Riesco-González ve ark., 2022). S.A.'nın da bebeğini etkin emzirememesi ve yetersizlik hissi yaşamasına bağlı olarak anksiyetesinin yüksek olduğu gözlemlendi. Etkili bir emzirme eğitimi verilerek S.A.'nın bebeğini emzirebildiği ve daha az yetersizlik hissi yaşadığı gözlemlendi. RAM'ın benlik kavramı alanına yönelik kadınların doğum sonu dönemdeki deneyimleri ve duygularını paylaşmalarını teşvik etmek, olumlu bir benlik imajını destekleyebilir ve yeni annelik rollerinde kendilerine olan güvenlerini artırabilir (Hutchinson ve Cassidy, 2021; Modak ve ark., 2023). Doğum sonrası dönemde annelerin yeni rol ve sorumluluklarına uyum sağlaması oldukça zordur (Copeland ve Harbaugh, 2019). RAM'ın "*rol fonksiyon alanına*" yönelik üstlendiği rolleri yerine getirmede yetersizlik (annelik rolü) ve aile içi süreçlerin devamlılığında bozulma riski tanıları saptandı. S.A doğum nedeniyle hastanede bulunması, evdeki çocuğunun bakımını üstlenememesi ve yenidoğan bebeğinin bakım gereksinimlerinin fazla olması nedeniyle annelik rolüne ilişkin yetersiz yaşadığını belirtti. S.A'ya bu dönemde yalnız olmadığı belirtilerek eş, aile ve sağlık çalışanlarının desteği ile yeni annelik rolüne uyum sağlayabileceği anlatıldı. RAM'ın rol fonksiyon alanı kapsamında hemşireler annelerin ebeveyn olma yolundaki yaşadıkları zorlukları erken dönemde tespit ederek, yeni rollerine uyumunu kolaylaştırmak için yenidoğan bakımı, zaman yönetimi ve başa çıkma stratejileri konusunda eğitim verebilmelidir. Hemşirelerin erken müdahale ve uygun rehberlik sunması, annelerin yeni rollerinde kendilerini daha güvende hissetmelerine katkı sağlayabilir (Mohammadpour ve ark., 2016; Sohrabi ve ark., 2021; Şimşek, Demirci ve Bolsoy, 2018; Yousef, 2019).

RAM, doğum sonrası dönemde ilişkilerin ve sosyal desteğin önemini vurgulamaktadır (Wang ve Li, 2021). RAM'ın "*karşılıklı bağlılık alanına*" yönelik sosyal izolasyon tanısı koyuldu. S.A. eşinin ailesiyle olan iletişim problemleri nedeniyle doğum sonu dönemde ziyaretçi kabul etmek istemediğini belirtti. Sosyal izolasyon nedeniyle S.A.'nın sorunlar yaşamaması için aile üyeleri bakım sürecine dahil edilmeli ve destek gruplarının oluşturulması teşvik edilmelidir (Tefera ve ark., 2022). RAM'a göre yeni annelerin akran destek gruplarına katılımları sağlanarak karşılıklı bağımlılık duyguları artırılabilir (Shorey ve Ng, 2019; Wang ve Li, 2021).

Olgu kapsamında tespit edilen hemşirelik tanılarının bazıları **Tablo 3**'te Roy Adaptasyon Modeli Kapsamında Belirlenen Sorunlara Yönelik Hemşirelik Bakım Planı' başlığı altında ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Tablo-3: Roy Adaptasyon Modeli Kapsamında Belirlenen Sorunlara Yönelik Hemşirelik Bakım Planı

Fizyolojik Alan					
Davranış Çıktısı	Uyaranlar	Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişimler	Değerlendirme
Postoperatif ilk günde S.A.'nın sezaryen operasyonuna bağlı ağrısının olduğunu söylemesi ve Visual Analog Skalasına (VAS) göre ağrı durumunu 7 olarak değerlendirmesi	Odak uyaran: ilerlemeyen doğum eylemine bağlı sezaryen operasyonu Etkileyen uyaran: S.A.'nın ağrı ile etkili baş edememesi Olası uyaran: geçmiş doğum ve operasyon deneyimleri	Cerrahi operasyona ve doğum sonrası involüsyon sürecinin değerlendirilmesine bağlı ' AKUT AĞRI '	S.A. ağrı durumunun ilk değerlendirmeye göre azaldığını ifade edecek	*Ağrıya neden olan faktörler ağrının özelliği değerlendirilir. (Ağrının yeri, süresi, şiddeti, yayılımı, ağrıyı başlatan ve azaltan faktörler) *S.A.'nın dinlenmesi ve rahat etmesi için bulunduğu çevre (ses, ışığı) ve ziyaret saatleri düzenlenir. * S.A.'nın ağrı durumu ile etkin baş edebilmesi için non-farmakolojik yöntemler (gevşeme teknikleri, derin solunum egzersizleri vb.) öğretilerek yapması konusunda desteklenir. * S.A.'ya tedavi süreci hakkında bilgi verilir. (Doğum sonrası ağrısının olabileceği vb. hakkında) *Hekim isteminde yer alan tedavi planı uygulanır.	*S.A. tedaviler sonrası ağrısının azaldığını ifade ederek, VAS'a göre ağrı durumunu 3 olarak değerlendirdi. * S.A. ağrısı ile baş etmeyi öğrendiğini, hemşirelerin önerdiği derin solunum egzersizlerini yaptığı gözlemlendi.

Fizyolojik Alan

Davranış Çıktısı	Uyaranlar	Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişimler	Değerlendirme
S.A. doğum sonrası insizyon yerinde ağrı hissetmesi ve bebeğini emzirmek için geceleri sık sık uyanması nedeniyle uykusuzluk sorunu yaşadığını, uyandığında ise kendisini dinlenmemiş hissettiğini belirtmesi	Odak uyaran: ilerlemeyen doğum eylemine bağlı sezaryen operasyonu Etkileyen uyaran: İnsizyon hattında ağrısının olması, bebeğini emzirmek için sık uyanması Olası uyaran: Gürültü, ısı, ışık, hastane ortamı	Cerrahi operasyona ilişkin ağrı yaşaması, geceleri sık uyanmasına bağlı 'Uyku Örüntüsünde Bozulma'	S.A.'nın uyku örüntüsü düzenlenecek	* S.A.'nın bulunduğu ortam düzenlenir. (Gürültünün azaltılması, hasta odasının havalandırılması) *Tedavi ve yaşam bulguları takibi S.A.'nın uyku örüntüsüne göre planlanır. * S.A.'ya uykuya dalmasını kolaylaştıracak girişimler anlatılır. (Ilık duş alma, süt ve bitki çayları tüketme vb.) *Ağrı durumunu kontrol altına almak için doktorun istemine göre analjezik tedavisi uygulanır. * S.A. lohusa olduğu için geceleri emzirmeye uyanacağından gündüzleri bebeği ile ilgilenmediği zamanlarda uyuması, dinlenmesi önerilir.	* S.A. hastanede olması ve odasının çift kişilikli olması nedeniyle kendini rahat hissetmediğini, uyku düzenindeki sorunların devam ettiğini, uyandığında kendini dinlenmemiş hissettiğini söyledi. * S.A.'nın gündüz uykusunun olmadığı gözlemlendi.

Benlik Kavramı Alanı

Davranış Çıktısı	Uyaranlar	Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişimler	Değerlendirme
S.A.'nın bebeğini etkin emzirememesine bağlı bebeğinin sarılık olması ve suçluluk duygusu hissetmesi S.A.'nın gebeliğe bağlı bedenindeki değişikliklere (fazla kilo, sezaryen insizyon hattı vb.) nedeniyle stres yaşadığını ifade etmesi	Odak uyaran: İlerlemeyen doğum eylemine bağlı sezaryen operasyonu Etkileyen uyaran: Emzirme sürecinde yetersizliğe bağlı suçluluk hissetmesi Olası uyaran: Emzirmeye ilişkin inanç ve kültürel uygulamaları	Cerrahi işleme, doğum sonrası involüsyon sürecinin değerlendirilmesine, beden imajındaki değişikliklere, bilgi eksikliğine ve ebeveyn olmaya bağlı ' Anksiyete '	* S.A.'da anksiyete belirtisi ve bulguları gözlenmeyecek	* S.A.'da var olan anksiyete belirtisi ve bulguları değerlendirilir. * S.A.'nın kendini rahat ifade edebileceği sessiz, sakin ve güvenilir bir ortam sağlanır. * S.A. ile güven ilişkisi kurularak duygularını ifade etmesi için desteklenir. * S.A.'ya yapılan işlemler ve tedavi sürecine (kendisi ve bebeğinin sağlığına ilişkin) hakkında bilgilendirmeler yapılır. * S.A.'ya uygun baş etme yöntemleri anlatılır, uygulamaları için desteklenir. * S.A.'nın eşi ve aile üyelerinin de doğum sonrası süreçte bakıma katılımı desteklenir. * S.A.'nın ebeveyn olmaya ve annelik rolüne ilişkin yaşadığı sorunlar tespit edilerek, uygun eğitimler yapılır.	* S.A. ile oluşturulan güvenli iletişim ve ortam düzenlemesi sonrası S.A.'nın doğum sonrası sürece uyum sağladığı gözlemlendi. * S.A. bebeğini etkin emzirmemesinin, sürece özgü yaşadığı bilgi eksikliklerinin anksiyetesini artırdığını ifade etti. * S.A.'ya bebek bakımı, emzirme, kontrasepsiyon vb. konularda eğitim verildi.

Rol Fonksiyon Alanı

Davranış Çıktısı	Uyarılar	Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişimler	Değerlendirme
Şu an hastanede olması nedeniyle ilk bebeğine kayınvalidesinin baktığını, bu bebeğinin ise bakımına ilişkin sıkıntılar yaşadığını söyleyerek annelik rolünü yerine getirmede sıkıntılar yaşadığını ifade etmesi	Odak uyarı: ilerlemeyen doğum eylemine bağlı sezaryen operasyonu Etkileyen uyarı: ilk bebeğinin yanında olamamasına bağlı endişe hissetmesi Olası uyarı: Annelik rolüne ilişkin düşünceleri	İlk bebeğinden ayrı olması ikinci bebeğinin bakımına ilişkin sıkıntılar yaşamasına bağlı ‘Üstlendiği Rollerine Getirmede (Annelik Rolü) Yetersizlik’	* S.A.’nın annelik rolüne uyum gösterdiği gözlemlenecek * S.A. bebek bakımı ve emzirme konusunda kendisinin yeterli olduğunu ifade edecek	* S.A.’nın kendini rahat ifade edebileceği sessiz, sakin ve güvenilir bir ortam sağlanır. * S.A. ile güven ilişkisi kurularak duygularını ifade etmesi için desteklenir. * S.A.’da yetersizliğe neden olan durumlar saptanarak, uygun eğitimler planlanır. * S.A.’ya anne sütü ve emzirme konularında bilgi verilir. * S.A.’ya ve eşine ebeveynlik rolleri, annelik rolünün getirdiği sorumlulukları anlatılır. * S.A.’nın sürece uyum sağlamasına katkıda bulunmak için hastanın eşi ve aile üyelerinin de doğum sonrası süreçte bakıma katılımları desteklenir. * S.A.’ya yaşadığı sürecin geçici olduğu anlatılır ve ilk bebeği ile iletişim kurması desteklenir. *Taburculuk sonrası iki bebeği ve eşiyile birlikte olacağı belirtilir.	*Hemşirelerin emzirme konusunda sundukları eğitim sonrası, S.A.’nın bebeğini daha etkin emzirdiği gözlemlendi. * S.A.’nın ilk bebeği ile iletişime geçmesi sağlandı, hasta telefon görüşmesi sonrası rahatladığını ifade etti ve annelik rolüne uyum gösterdiği tespit edildi.

Karşılıklı Bağlılık Alanı

Davranış Çıktısı	Uyaranlar	Hemşirelik Tanısı	Amaç	Girişimler	Değerlendirme
S.A.nın eşinin ailesi ile anlaşamaması, lohusalık sürecinde kimseyle iletişime geçmek istemediğini belirtmesi	<p>Odak uyaran: ilerlemeyen doğum eylemine bağlı sezaryen operasyonu</p> <p>Etkileyen uyaran: Hastanın çevresindeki insanlarla iletişim konusunda istekli olmaması</p> <p>Olası uyaran: Hastanın çevresindeki insanların yargılayıcı yorumların olacağına ilişkin düşünceleri</p>	Sosyal İzolasyon	S.A.'nın çevresi ile olan iletişimi güçlendirilecek	<p>* S.A.'nın kendini rahat ifade edebileceği sessiz, sakin ve güvenilir bir ortam sağlanır.</p> <p>* S.A. ile güven ilişkisi kurularak duygularını ifade etmesi için desteklenir.</p> <p>* S.A.'dan sosyal ilişkilerinin bozulmasına neden olan durumları tanımlaması istenir.</p> <p>* S.A.'nın kişisel tercihlerine uygun olarak eşi ve yakın arkadaşlar ile iletişime geçmesi konusunda desteklenir.</p>	<p>* S.A.'nın eşi dışında ziyaretine kimsenin gelmediği gözlemlendi.</p> <p>* Annesi ve kayınvalidesi ile bebek bakımı konusunda çatışmalar yaşadığı saptandı.</p> <p>* S.A. kayınvalidesinin düşüncelerinin onu rahatsız ettiğini söyledi.</p> <p>* S.A.'ya yapılan girişimlere rağmen çevresi ile olan iletişimdeki sorunlar devam ediyordu.</p>

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu olguda RAM'in doğum sonrası dönemdeki kadınların fiziksel, psikososyal ve duygusal refahlarının artırılmasında etkili olduğu belirlendi. Bu model, bireyselleştirilmiş bakım planı sunarak, psikososyal desteği teşvik ederek ve aile katılımını destekleyerek doğum sonrası döneme geçişi/uyumu kolaylaştırmaktadır. Doğum sonrası dönemde RAM'in kullanılması, kadınların baş etme mekanizmalarını geliştirmelerine, yeni rollerine uyum sağlamalarına ve genel sağlık sonuçlarını iyileştirmelerine katkı sağlamaktadır. Doğum sonrası dönemdeki kadınların değişimlere, sürece uyumunu desteklemek için RAM'in hemşirelik uygulamalarına entegre edilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin modeller konusunda eğitim alması, uygun hastaya uygun model ile bireyselleştirilmiş bakım planları hazırlaması, uygulaması, sürekli izleme ve değerlendirme yaparak, gerektiğinde bakım planlarını güncellemesi önerilmektedir. Ayrıca, RAM ve diğer modellerin dijital ortama aktarılması, bu modellerin hemşireler tarafından erişilmesine olanak tanıyacaktır.

Araştırmanın Etik Yönü: Olguya ilişkin veriler toplanmadan önce hastaya araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamı alınmıştır. (23/11/2023) Araştırma ve yayın etiği ilkelerine uyulmuştur.

Hakem: Dış hakem değerlendirmesi..

Yazar Katkısı: Fikir/kavram: EİA, RD, Tasarım: EİA; Danışmanlık: SŞ, Veri toplama ve/veya Veri İşlem: EİA, RD, Analiz ve/veya Yorum: EİA, RD, Kaynak tarama; RD, Makalenin Yazımı: EİA, RD, Eleştirel inceleme: SŞ.

Çıkar çatışması: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

Finansal Destek: Bu araştırma için finansal destek alınmamıştır.

Teşekkür: çalışmamızda emeği geçen bayan S.A' ya teşekkür ederiz.

KAYNAKÇA

- Afrasiabifar, A., Karimi, Z., & Hassani, P. (2013). Roy's Adaptation Model-Based patient education for promoting the adaptation of hemodialysis patients. *Iranian red crescent medical journal*, 15(7), 566.
- Alimohammadi, N., Maleki, B., Shahriari, M., & Chitsaz, A. (2015). Effect of a care plan based on Roy adaptation model biological dimension on stroke patients' physiologic adaptation level. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(2), 275-281.
- Aydın Özkan, S. (2021). Postpartum dönem ve sosyal destek. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics*, 7(3), 8-15.
- Bekmezci, H., Hamlacı, Y., & Özerdoğan, N. (2016). Meleis'in Geçiş Kuramına Dayalı Postpartum Dönemde Bakım. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4), 101-106.
- Beraki, G. G., Tesfamariam, E. H., Gebremichael, A., Yohannes, B., Haile, K., Tewelde, S., & Goitom, S. (2020). Knowledge on postnatal care among postpartum mothers during discharge in maternity hospitals in Asmara: a cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 20, 1-10.
- Bulut, Ş., Peksoy Kaya, S., & Şahin, S. (2024). Roy Adaptasyon Modelinin Menometroraji Tanısı ile Histerektomi Olmuş Hastanın Hemşirelik Bakımında Kullanımı: Olgu Sunumu. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 7(1), 108-118. <https://doi.org/10.54189/hbd.1176724>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)-E-Book: Nursing Interventions Classification (NIC)-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Chivers, B. R., Garad, R. M., Moran, L. J., Lim, S., & Harrison, C. L. (2021). Support seeking in the postpartum period: Content analysis of posts in web-based parenting discussion groups. *Journal of Medical Internet Research*, 23(7), e26600.
- Copeland, D. B., & Harbaugh, B. L. (2019). "It's Hard Being a Mama": Validation of the Maternal Distress Concept in Becoming a Mother. *The Journal of perinatal education*, 28(1), 28-42. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.1.28>
- Dağcı, M. (2019). Türkiye'de 2008-2018 yılları arasında model ve kuram kullanılmış hemşirelik araştırmaları: Sistematik inceleme. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (9), 929-943.
- Demirsoy Horta, G., Aksu, H. ve Özsoy, S. (2017). Kadının Doğum Sonrası Döneme Uyumunda Roy'un Adaptasyon Modelinin Kullanımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(1), 180-190.
- Dol, J., Hughes, B., Bonet, M., Dorey, R., Dorling, J., Grant, A., ... & Curran, J. (2022). Timing of maternal mortality and severe morbidity during the postpartum period: a systematic review. *JBIC evidence synthesis*, 20(9), 2119-2194.
- Hançer, A. T., & Yılmaz, M. (2020). Kök Hücre Tedavisi Yapılan Periferik Arter Hastalarının Roy Uyum Modeli'ne Göre Değerlendirilmesi: İki Olgu Sunumu. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(1), 166-172.
- Hutchinson, J., & Cassidy, T. (2021). Well-being, self-esteem and body satisfaction in new mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(5), 532-546. <https://doi.org/10.1080/02646838.2021.1916452>
- Hwang, W. Y., Choi, S. Y., & An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: a methodological study. *Korean journal of women health nursing*, 28(1), 8-17. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.01.04>
- Karadağ, A., Çalışkan, N., & Baykara, Z. G. (Eds.). (2017). *Hemşirelik teorileri ve modelleri*. İstanbul: Akademi basın ve yayıncılık.
- Modak, A., Ronghe, V., Gomase, K. P., Mahakalkar, M. G., & Taksande, V. (2023). A Comprehensive Review of Motherhood and Mental Health: Postpartum Mood Disorders in Focus. *Cureus*, 15(9), e46209. <https://doi.org/10.7759/cureus.46209>
- Mohammadpour, A., Najafi, S., Tavakkolizadeh, J., & Mohammadzadeh, F. (2016). The effects of the roy's adaptation model on primigravida women's self-concept: A randomized controlled trial. *Asian Journal of Pharmaceutical Research and Health Care*, 8(S1), 17-23.
- Pektekin, Ç. (2013). *Hemşirelik felsefesi. Kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar*. İstanbul: İstanbul medikal yayıncılık.
- Phillips, K. D., & Harris, R. (2014). Roy's adaptation model in nursing practice. *Nursing theory utilization and application*, 263-84.
- Riesco-González, F. J., Antúnez-Calvente, I., Vázquez-Lara, J. M., Rodríguez-Díaz, L., Palomo-Gómez, R., Gómez-Salgado, J., García-Iglesias, J. J., Parrón-Carreño, T., & Fernández-Carrasco, F. J. (2022). Body Image Dissatisfaction as a Risk Factor for Postpartum Depression. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 58(6), 752. <https://doi.org/10.3390/medicina58060752>
- Roy C. (2011). Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. *Nursing science quarterly*, 24(4), 345-351.
- Sade, G., Özkan, H., & Mucuk, Ö. (2020). Kuramlarla Postpartum Bakım. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3).
- Sohrabi, M., Azizzadeh forouzi, M., Mehdipour-Rabori, R., Bagherian, B., & Nematollahi, M. (2021). The effect of a training program on maternal role adaptation and self-esteem of mothers with preterm infants: a quasi-experimental study. *BMC women's health*, 21, 1-12.
- Şimşek, A. B., & Sarıkaya, A. (2015). Hemşirelik modeli ve bakım: primer beyin tümörlü hastaların Roy'un uyum modeli ile değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*, 12 (3): 224-232
- Şimşek, H. N., Demirci, H., & Bolsoy, N. (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 97-103.
- Taşgıt, A., & Dil, S. (2022). COVID-19 Tanılı Postpartum Dönemdeki Kadının Roy Adaptasyon Modeline Göre Hemşirelik Bakımı. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 4(2), 181-189.
- Tefera, M., Assefa, N., Roba, K. T., Gedefa, L., Brewis, A., & Schuster, R. C. (2022). Women's hospital birth experiences in Harar, eastern Ethiopia: a qualitative study using Roy's Adaptation Model. *BMJ open*, 12(7), e055250.

- Tiruneh, G. T., Shiferaw, C. B., & Worku, A. (2019). Effectiveness and cost-effectiveness of home-based postpartum care on neonatal mortality and exclusive breastfeeding practice in low-and-middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 19, 1-19.
- Tsai, S. S., & Wang, H. H. (2019). Role changes in primiparous women during 'doing the month' period. *Midwifery*, 74, 6-13.
- UNİCEF. (2021). *Maternal mortality rates and statistics*. UNICEF DATA. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>
- Uzun, Ş. (2017). Sister Callista Roy: Adaptasyon modeli. *İçinde: Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG (ed) Hemşirelik Teorileri ve Modelleri*, (s.382-397). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Üstgörül, S., & Yanikkerem, E. (2017). Postpartum dönemde kadınların psikososyal durumları ve etkileyen risk faktörleri. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(1), 61-68.
- Vicdan, A. K., & Karabacak, B. G. (2014). Hemşirelik modellerinden: Roy adaptasyon modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (4), 255-259.
- Wang, E., & Li, L. (2021). The effect of community nursing based on the Roy adaptation model on postpartum depression and sleep quality of parturients. *American journal of translational research*, 13(7), 8278.
- Whittemore, R., Chase, S. K., Mandl, C. L., & Roy, C. (2002). Lifestyle change in type 2 diabetes: A process model. *Nursing Research*, 51(1), 18-25.
- Wojcieszek, A. M., Bonet, M., Portela, A., Althabe, F., Bahl, R., Chowdhary, N., ... & Oladapo, O. T. (2023). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: strengthening the maternal and newborn care continuum. *BMJ Global Health*, 8(Suppl 2), e010992.
- Yousef, F. K. (2019). Preparation for motherhood: Home based maternal and newborn care for first time mothers. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 8(1), 29-37.
- Zuhur, Ş., & Özpancar, N. (2017). Türkiye'de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2), 57-74.

Sistematiğ Derleme Makalesi/ Systematic Review Article

**Doğum Eyleminde Ağrı ve Anksiyete Kontrolünde Sanal Gerçeklik Teknolojisi:
Sistematiğ Derleme**

Fatma SAVAŞ¹, Hatice KAHYAOğLU SÜT²

Use of Virtual Reality Simulation in Pain And Anxiety Control in Labor: Systematic Review

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, doğum eyleminde sanal gerçeklik tekniği kullanımının doğum ağrısı, doğum korkusu, anksiyete ve doğum memnuniyeti üzerindeki etkisini güncel literatür çerçevesinde incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu sistematiğ derlemede, PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) kullanılmıştır. Ekim-Aralık 2023 tarihleri arasında doğum ağrısı, anksiyete, sanal gerçeklik, doğum memnuniyeti ve doğum korkusu anahtar sözcükleri kullanılarak; Pubmed, Cochrane, Scopus ve Google Akademik veri tabanlarında tarama yapılmıştır. 2015-2023 yılları arasında yayımlanmış 38 makaleye ulaşılmıştır ancak araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 18 makale sistematiğ derleme kapsamına alınmıştır. Veriler öyküsel anlatım yöntemi ile sentez edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen randomize kontrollü araştırmaların toplam örneklem hacmi 1.642'dir. Çalışmaya dahil edilen meta-analizlerin toplam örneklem hacmi 20.277'dir.

Bulgular: Sanal gerçeklik teknolojisinin doğum ağrısı, doğum korkusu ve anksiyeteyi azalttığı; doğum memnuniyetini ise arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca sanal gerçeklik teknolojisi kullanımıyla doğum memnuniyetinin arttığı, doğum ağrısı ve anksiyetesini azaltmada etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak, bu sistematiğ derleme sanal gerçeklik teknolojisinin doğumda kullanılmasının doğum ağrısını azalttığı, doğum süresinin kısalmasında etkili olduğu, doğum korkusunu azalttığı, anksiyeteyi azalttığı ve doğumdan memnuniyeti arttırdığını göstermiştir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, doğum ağrısı, doğum korkusu, doğum memnuniyeti, sanal gerçeklik

ABSTRACT

Aim: This study aimed to examine the effects of using virtual reality techniques during labor on labor pain, fear of birth, anxiety and birth satisfaction within the framework of the current literature.

Method: In this systematic review, PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) was used. Between October and December 2023, using the keywords birth pain, anxiety, virtual reality, birth satisfaction and fear of birth; Pubmed, Cochrane, Scopus and Google Scholar databases were searched. A total of 38 articles published between 2015 and 2023 were reached, but 18 articles that met the inclusion criteria were included in the systematic review. The data were synthesized using a narrative method. The total sample size of the randomized controlled trials included in the study is 1.642. The total sample size of the meta-analyses included in the study is 20,277.

Findings: It has been determined that virtual reality technology reduces labor pain, fear of birth and anxiety, and increases birth satisfaction. In addition, it has been determined that the use of virtual reality technology increases birth satisfaction and is an effective method for reducing birth pain and anxiety.

Conclusion: In conclusion, this systematic review showed that the use of virtual reality simulation in childbirth reduces labor pain, labor time, fear of birth, anxiety and increases birth satisfaction with birth.

Keywords: Anxiety, birth satisfaction, fear of birth, labor pain, virtual reality

¹**Sorumlu Yazar;** Arş. Gör., Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne. **e-mail:** savassfatmaa@gmail.com, **ORCID ID:** 0000-0002-4193-6273

²Doç. Dr., Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne. **email:** haticesut@yahoo.com, **ORCID ID:** 0000-0001-8840-6846

Geliş Tarihi: 11.06.2024 **1. Revizyon Tarihi:** 15.11.2024 **2. Revizyon Tarihi:** 21.11.2024 **Kabul Tarihi:** 25.11.2024 **Online Yayın Tarihi:** 30.11.2024

Atıf/Citation: Savaş, F. ve Kahyaoğlu Süt, H. (2024). Doğum eyleminde ağrı ve anksiyete kontrolünde sanal gerçeklik teknolojisi: Sistematiğ derleme. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10(3), 210-224.



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

EXTENDED ABSTRACT

Aim: Childbirth is an important reality that leaves a mark on women's lives. Most women complain of high intensity pain during childbirth. Pain experienced during childbirth is primarily a physiological symptom. However, psychological or social factors also play a role in its perception. Pain perception during childbirth is affected by different factors, including physiological and psychological factors (fear, anxiety and trust), the woman's position, genetic and clinical factors, the mother's level of education and obstetric care models (presence of a known caregiver). Anxiety can increase the level of pain during childbirth and the likelihood of postpartum depression. The severity of pain and anxiety during childbirth depends on the mother's mental stress. Identifying and coping with these is the most practical way to use non-pharmacological methods. In recent years, non-pharmacological methods have been used more frequently to relieve childbirth pain. A possible non-pharmacological intervention that is effective in a wide variety of clinical settings to manage acute pain is virtual reality technology. As a non-pharmacological method, VR technology provides a simulated environment and directs patients' concentration on pain signals to another point. Virtual reality is often used to reduce the anxiety level of pregnant women and effectively manage labor pain. Virtual reality technology is a form of distraction, a non-pharmacological type of anesthesia that potentially modulates pain. This modulation helps to divert attention from mental processes and reduce the level or perception of pain. It has been found that virtual reality provides more benefits in reducing pain than other distraction methods such as watching television, listening to music or playing games. This study aimed to examine the effect of virtual reality technique use in labor on labor pain, fear of labor, anxiety and labor satisfaction within the framework of current literature.

Method: The literature review was conducted using the Pubmed, Cochrane, Scopus and Google Scholar databases between October and December 2023 using the words "labor pain", "anxiety", "virtual reality", "birth satisfaction" and "fear of birth" in English; and "birth pain", "anksiyete", "virtual reality", "birth satisfaction" and "birth fear" and their combinations in Turkish. As a result of the review, 38 articles published between 2015 and 2023 were reached. The "JBI Critical Appraisal Checklist for Cohort and Case-Control Studies" developed by the Joanna Briggs Institute (JBI) was used to assess the quality of the studies. Accordingly, a general evaluation decision was made as "included" or "excluded". The inclusion criteria for the study were determined as follows: the study should be a randomized controlled, systematic

review or meta-analysis study design accessed from Pubmed, Cochrane, Scopus and Google Scholar databases, the full text should be accessible online, and the publication language of the study should be English or Turkish. The exclusion criteria for the study were determined as case reports, theses, qualitative studies, proceedings published in congress books and articles whose full texts could not be accessed written in languages other than English or Turkish. 18 articles that met the inclusion criteria were included in the systematic review. The PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) declaration was used in the creation and reporting of the current systematic review protocol. The PRISMA Flow Chart was followed when selecting the studies. The data were synthesized using the narrative narrative method. The total sample size of the randomized controlled trials included in the study was 1,642. The total sample size of the meta-analyses included in the study was 20,277.

Findings: It was determined that virtual reality technology reduced labor pain, fear of labor and anxiety; and increased labor satisfaction. It was concluded that virtual reality technology application was effective in pain control and anxiety caused by pain. Although there is limited evidence in the study, it shows that virtual reality technology can reduce analgesia requirements in all age groups. In addition, virtual reality technology significantly reduced pain scores and anxiety levels, increased labor satisfaction and is an effective technique for improving pain management and is recommended for use in routine practice. When the intervention groups and control groups were compared, it was determined that the duration of the first stage of labor and the duration of the second stage of labor were significantly reduced in the intervention groups, and the average Apgar scores of the newborns at the 1st and 5th minutes were higher. An 80% decrease in the level of pain experienced during episiotomy repair was reported with virtual reality technology. According to the results of the systematic review and meta-analysis, it was concluded that the use of virtual reality technology during labor did not have any negative effects on the mother and the baby and was effective in reducing labor pain.

Conclusion: In summary, randomized controlled and meta-analysis studies have shown that choosing inexpensive, non-pharmacological methods without any side effects, such as virtual reality technology, can reduce anxiety and pain, which are important indicators of care quality, shorten the duration of labor, and increase mothers' satisfaction with birth. It is important for nurses and midwives, who spend the most time with women during labor and provide the most support, to reduce women's pain and anxiety with

non-pharmacological applications such as virtual reality technology. The use of virtual reality technology in the health field provides benefits to healthcare service recipients in terms of time and cost in reducing pain and anxiety during labor. It is recommended that health policies be updated by Health Service Policy Managers in line with scientific results; the use of virtual reality technology in birth should be included in the service, and training plans should be made for healthcare professionals providing health care during birth on the use of individualized virtual reality technology.

GİRİŞ

Doğum, doğal bir olaydır. Ancak, doğum eylemiyle ilgili olumsuz tecrübelerin artması, doğum ve ağrı sözcüklerinin beraber anılmasına neden olmuştur. Doğum esnasında gebenin iyilik halini ağrı faktörü etkilemektedir. Gebeler doğum eyleminin başlamasıyla yaşamları boyunca karşılaşmadıkları şiddetli ağrıları hissetmeye başlarlar (Kızılkaya Beji ve ark., 2018). Doğum sırasında yaşanan ağrı fizyolojik bir semptomdur. Fakat ağrının algılanmasında psikolojik veya sosyal faktörler de rol oynamaktadır (Rachmawati, 2012). Bu faktörler; doğum sırasında ağrı algısı, fizyolojik ve psikolojik faktörler (korku, kaygı ve güven), kadının konumu, genetik ve klinik faktörler, annenin eğitim düzeyi ve obstetrik bakım modelleri (bilinen bir bakıcının varlığı) olarak tanımlanabilir. Doğum ağrısı, doğum tatmini ve konforunda da azalmaya neden olabilmektedir (Baradwan ve ark., 2022). Bu nedenle gebelerin çoğu doğum ağrısının giderilmesinde invaziv ve farmakolojik yöntemlerden kaçınma eğilimindedir. Bu durum gebelerin farmasötik olmayan ağrı giderme yöntemlerini kullanma eğilimlerini arttırmaktadır (Kazemina ve ark., 2020). Yapılan çalışmalara göre, dünya genelinde kadınların %73'ünün doğum sırasında ağrıyı azaltmak için en az bir nonfarmakolojik yöntem kullandığı vurgulanmaktadır. Bu teknikler; Fiziksel uyarım, zihinsel uyarım ve gevşeme teknikleri, pozisyon değişiklikleri ve nefes teknikleri olmak üzere uygulamalı teknikler olarak gruplandırılabilir. Doğum sırasında kullanılan bu yöntemlerle kadınların ağrı sırasında dikkatinin farklı bölgelere yöneldiği, ağrı eşiklerinin arttığı, rahatladıkları, utero-plasental dolaşımın rahatladığı ve doğum ağrısı algısının azaldığı bildirilmektedir (Gültepe, 2024).

Anksiyete, doğum sırasındaki ağrı düzeyini ve doğum sonrasında depresyon olasılığını artırabilmektedir (Hajesmaeel-Gohari ve ark., 2021). Doğum sırasında ağrı ve anksiyetenin şiddeti annenin zihinsel stresine bağlıdır. Bunları tanımlama ve baş etme, farmakolojik olmayan yöntemleri kullanmanın en pratik yoludur (Ebrahimian ve ark., 2022). Doğum ağrısı ve kaygısını azaltmak için farklı farmakolojik ve non-farmakolojik

yöntemler kullanılmaktadır (Hajesmaeel-Gohari ve ark., 2021).

Doğum ağrısının hafifletilmesi için son yıllarda non-farmakolojik yöntemler daha sık kullanılmaktadır. Doğum ağrısının yönetiminde sanal gerçeklik, son yıllarda daha fazla ilgi görmeye başlayan bir non-farmakolojik yöntemdir. Sanal gerçeklik uygulamalarının amacı annenin ağrısı daha az hissetmesini sağlamak ve doğum deneyimini daha rahat ve olumlu hale getirmektir (Frey ve ark., 2019). Non-farmakolojik bir yöntem olarak sanal gerçeklik, simüle edilmiş bir ortam sağlamakta ve hastaların ağrı sinyallerine olan konsantrasyonunu başka bir noktaya yönlendirmektedir. Çoğu zaman sanal gerçeklik, gebe kadınların anksiyete düzeyini azaltarak ve doğum ağrısını etkili bir şekilde yönetmek için kullanılmaktadır (Hajesmaeel-Gohari ve ark., 2021).

Sanal gerçeklik teknolojisi, potansiyel olarak ağrıyı modüle etmek için farmakolojik olmayan bir anestezi türü olan dikkat dağıtmanın bir şeklidir. Bu modülasyon, dikkatin zihinsel işlemlerden uzaklaştırılmasına ve ağrı düzeyi veya algısının azaltılmasına yardımcı olmaktadır. Sanal gerçekliğin ağrıyı azalması televizyon izleme, müzik dinlemek veya oyun oynamak gibi diğer dikkat dağıtıcı yöntemlerden daha fazla fayda sağladığı bulunmuştur (Brown ve Foronda, 2020).

YÖNTEM

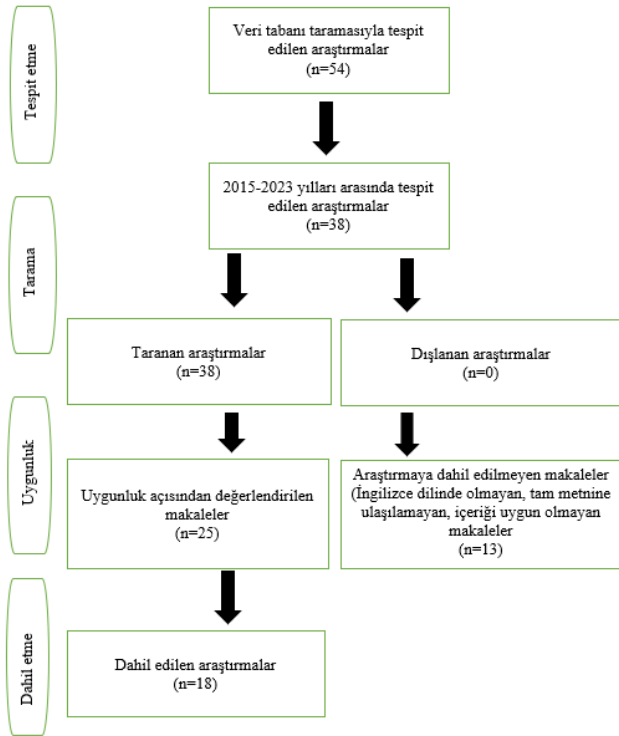
Literatür taraması Pubmed, Cochrane, Scopus ve Google Akademik veri tabanları üzerinden Ekim-Aralık 2023 tarihleri arasında İngilizce dilinde “labor pain”, “anxiety”, “virtual reality”, “birth satisfaction” ve “fear of birth”; Türkçe dilinde “doğum ağrısı”, “anksiyete”, “sanal gerçeklik”, “doğum memnuniyeti” ve “doğum korkusu” kelimeleri ve bunların kombinasyonları kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tarama sonucunda 2015-2023 yılları arasında yayımlanmış 38 makaleye ulaşılmıştır. Çalışmaların kalitesini değerlendirmek için Joanna Briggs Enstitüsü (JBI) tarafından geliştirilen “Kohort ve Vaka Kontrol Çalışmaları İçin JBI Kritik Değerlendirme Kontrol Listesi” kullanılmıştır (Karakaya ve ark., 2023). Buna göre “dahil edildi” veya “dışlandı” olarak genel bir değerlendirme kararı ile alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri çalışmanın Pubmed, Cochrane, Scopus ve Google Akademik veri tabanlarından erişilmiş randomize kontrollü, sistematik derleme ya da meta-analiz çalışma deseninde olması, online olarak tam metnine ulaşılması, çalışmanın yayın dilinin İngilizce ya da Türkçe olması şeklinde belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri İngilizce ya da Türkçe dışındaki dillerde yazılmış olan, olgu sunumu, tez, nitel çalışmalar, kongre kitabında yayınlanan bildiriler

ve tam metnine ulaşılmayan makaleler şeklinde belirlenmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 18 makale sistematik derleme kapsamına alınmıştır. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) bildirgesi mevcut sistematik derleme protokolünün oluşturulmasında ve raporlandırılmasında kullanılmıştır. Çalışmalar seçilirken PRISMA Akış Şeması izlenmiştir (Page ve ark., 2021).

Derlemenin Prizma akış şeması Şekil 1'de verilmiştir.

Araştırma sorusu: Doğum eyleminde sanal gerçeklik simülasyonu, ağrı, anksiyete, doğum süresi ve memnuniyeti nasıl etkiler?



Şekil 1: PRISMA Akış şeması (Page ve ark., 2021).

Sistematik Derlemenin Analizinde Kullanılan Veriler

Çalışmanın özellikleri: Çalışmanın popülasyonu (P: population), Girişimler (I: interventions), Karşılaştırma grupları (C: comparators), Sonuçlar (O: outcomes), Araştırma deseni (S: study desing) araştırma sorusunun bu bileşenleri kısaca PICOS olarak adlandırılmaktadır.

Çalışmanın popülasyonu: Doğum eylemi ya da epizyotomi onarımı sırasındaki kadınlar (n: 21.919).

Girişimler: Sanal gerçeklik

Karşılaştırma grupları: Olağan bakım

Sonuçlar: Sanal gerçeklik uygulamaları, doğum ağrısı, doğum korkusu ve doğum memnuniyeti

Araştırma deseni: 2015-2023 yılları arasında yayınlanmış randomize kontrollü, sistematik derleme ve meta-analiz çalışmaları

BULGULAR

Literatür incelemesi sonucunda bu sistematik derlemeye alınan her araştırmanın yazarı, yayın yılı, araştırmanın yapıldığı ülke, araştırma başlığı, örnekleme, araştırma tipi, ölçme araçları, araştırma süreci, bulgular ve sonuçları Tablo 1'de verilmiştir. Sanal gerçeklik teknolojisi kullanımının doğum ağrısını azaltmadaki etkinliği incelenmiştir. Ayrıca yöntemin anne memnuniyetine etkilerine bakılmıştır.

Yöntemin Doğum Ağrısı, Doğum Korkusu, Doğum Süresi, Anksiyete ve Doğum Memnuniyetine Etkisi

Tablo 1'de sanal gerçeklik teknolojisi kullanımının doğumda ağrı ve anksiyetenin azalmasındaki etkisini belirlemek amaçlı yapılan randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) sunulmuştur.

Akın ve ark. (2021) çalışmada, gebeliğin 28. Haftasında fetüsün görüntülerini kaydetmişlerdir. Sanal gerçeklik teknolojisi kullanılarak görüntüler doğum sürecinde müdahale grubuna izletilmiştir. Müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminde (9 cm dilatasyonda), sanal gerçeklikle fetüs görüntülerinin gösterilmesinin doğum ağrısını ve kaygı düzeyini azalttığını göstermektedir. Talaat Abd El-Wahed El Sharkawy ve ark. (2022) 220 kadınla yaptıkları çalışmada doğumun ilk evresinde (dört ve dokuz cm'lik servikal dilatasyonda) ağrı ve anksiyeteyi değerlendirmişlerdir. Müdahale grubunun kontrol grubuna göre doğumun tüm aşamalarının daha kısa sürdüğü sonucuna ulaşılmıştır. Sanal gerçeklik simülasyon uygulamasından sonra kontrol grubunun (%93.6), müdahale grubuna kıyasla (%55.5) dokuz cm servikal açıklıkta şiddetli doğum ağrısı yaşadığını bulunmuştur. Müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla doğum anksiyetesi ve doğum ağrısında azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Carus ve ark. (2022) müdahale grubuna turuncu gün batımı, yeşil çayırlar, siyah başlangıç, kırmızı savana, mavi derin, mavi ay, mavi okyanus, beyaz kış ve kırmızı sonbahar görüntüleri 20 dakika boyunca sanal ortamda izletilmiştir. Müdahale grubundaki 21 kadından 20'si (%95) gelecekteki doğum eyleminde sanal gerçeklik teknolojisini tekrar kullanmak istediğini belirtmiştir. Sanal gerçeklik teknolojisi öncesi ortalama ağrı skoru, sanal gerçeklik teknolojisi sonrası 2.0 ± 1.3 'e kıyasla 2.6 ± 1.2 olarak bulunmuştur ($p < .01$). Müdahale ve kontrol grubundaki katılımcılarda anksiyete ve depresyon puanları benzer olarak bulunmuştur.

Mohammadi ve ark. (2023) tarafından yapılan çalışmada müdahale grubuna düzenli kasılmaları başladıktan sonra en az 20 dk boyunca deniz kıyısını simüle eden hoş bir ses (su akışı) içeren bir oyun yayını izletmişlerdir. Oyunun sanal ortamında kadın kendini su üzerinde yüzen bir teknede hissetmekte ve aynı zamanda suyun hoş sesini de duymaktadır. Oyun başlar başlamaz gökyüzüne doğru göz hareketleri yapan kadın, görülen objeler arasından bebekle ilgili eşyaları seçtiğinde başka bir seviyeye geçebilmekte ve bebeğin gülme sesi duyulmaktadır. Müdahale grubu kontrol grubuna kıyasla daha az ağrı yoğunluğu ve doğum ağrısı korkusu bildirmişlerdir.

Frey ve ark. (2019) tarafından yapılan pilot çalışmada müdahale grubuna düzenli kasılmaların başlamasından sonra Ocean Rift'teki tüplü dalış simülasyonundaki meraklı deniz ayılarının, deniz ayısı çağrılarının ve su altında nefes alma seslerinin olduğu sahneyi izletmişlerdir. VR'nin doğum sırasında önemli yan etkilere yol açmadan ağrı ve anksiyete yönetimi için erişilebilir ve kullanışlı bir non-farmakolojik yöntem olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Gür ve Apay (2020) tarafından yapılan çalışmada, sanal gerçeklik (VR) simülasyonu kullanılarak yapılan bilişsel davranışçı tekniklerin doğum ağrısı üzerindeki etkilerini araştırmak amacıyla beş grup oluşturulmuştur. (A: Klasik müzik eşliğinde yenidoğan fotoğraf videoları B: Yenidoğan fotoğraf albümünün videosu, C: Türkiye tanıtım filmi, D: Sadece klasik müzik, E: Rutin hastane bakımı (kontrol grubu)). E grubu dışındaki gruplarda sanal gerçeklik teknolojisi tekniği kullanmışlardır. Doğumun aktif evresinde VR ile uygulanan tüm konsantrasyon teknikleri (yenidoğan fotoğraflarının klasik müzik eşliğinde videoya alınması, yeni doğan albümü, Türkiye tanıtım filmi ve klasik müzik) doğum ağrısını azaltmıştır. Özellikle yeni doğan fotoğraflarının klasik müzik eşliğinde videoya alınması ve tek başına yeni doğan fotoğraf albümünün doğum ağrısını azaltmada değerlendirilen diğer müdahalelerden daha etkili olduğu bulunmuştur.

Ebrahimian ve ark. (2022) VR, nane sakızı ve kontrol grubu olarak 3 gruba ayırdığı çalışmalarında; sakız grubuna, ilk olarak aktif fazın başlangıcında (4-5 cm servikal dilatasyon) ve ikinci kez servikal dilatasyon yedi cm olduğunda bir gr şekerli nane sakızı verilmiştir. Sakız grubunun en az 20 dakika boyunca sakız çiğnemesi sağlanmıştır. Sanal gerçeklik teknolojisi grubunda doğa manzaralarının yer aldığı 360 derecelik video içeren sanal gerçeklik gözlüklerini kullanmaları sağlanmıştır. Her sanal gerçeklik teknolojisi kullanımı 20 dakika sürmüştür. Müdahaleden 30 dakika sonraki anksiyete düzeyinin, iki müdahale grubu (sakız çiğneme ve sanal gerçeklik) arasında anlamlı bir farklılık göstermediği ($p=.847$), ancak kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük

olduğu bulunmuştur ($p<.001$). Mahalan ve Smitha (2023) tarafından yapılan çalışmada; servikal dilatasyonun dört ve sekiz cm arasında olduğu esnada kadınlara müzik eşliğinde gebe kadınların veya emziren annelerin görüntülerinin iki seans şeklinde (20 dakika ve 10 dakika) toplam 30 dakika gösterimi yapılmıştır. Sanal gerçeklik teknolojisinin müdahale grubunda rapor edilen ağrı yoğunluğunu ve anksiyete puanlarını azalttığı bulunmuştur. El-Sayed Hussein ve ark. (2022) tarafından primipar kadınlarla yapılan çalışmada, her iki grup arasında doğumun ilk evresindeki doğum ağrısı, anksiyete, doğumun evrelerinin süresi ve doğumun birinci ve beşinci dakikalarındaki Apgar skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<.001$).

Jahanishoorab ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada epizyotomi onarımı sırasında VR grubuna üç boyutlu film izletimi ile gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubuna rutin bakım verilmiştir. Her iki grupta da epizyotomi onarımı sırasındaki ağrı skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<.05$). Shourab ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada epizyotomi onarımı sırasında VR teknolojisi kullanılarak yunusların doğal sahneleri izletilerek slow bir şarkı dinletmişlerdir. Anksiyete puanları iki grup arasında anlamlı bulunmamıştır, ancak müdahale grubunda onarım sırasında ve sonrasında anksiyete puanları daha düşük olarak bulunmuştur ($p<.01$). Orhan ve Bülez (2023) tarafından yapılan primipar kadınların epizyotomi onarımı sırasında sanal gerçeklik teknolojisi kullanılarak doğum memnuniyetinin ve ağrı düzeylerinin ölçüldüğü çalışmada, epizyotomi işlemi sırasında sadece müdahale grubuna ortalama 10 dakika sanal gerçeklik gözlüğü ile kadının tercihi doğrultusunda belirlenen müzikli videolar izletilmiştir. Epizyotomi onarımı sırasındaki ortalama ağrı skorunun, sanal gerçeklik gözlüğü uygulaması sonrasında müdahale grubunda anlamlı düzeyde azaldığı, kontrol grubunda ise anlamlı düzeyde arttığı bulunmuştur ($p<.05$). Epizyotomi onarımından sonraki ilk saat içinde değerlendirilen memnuniyet skorunun ortalaması müdahale grubunun kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<.05$).

Tablo 2'de sanal gerçeklik simülasyon teknolojisi kullanımının doğumda ağrı ve anksiyetenin azalmasıdaki etkisini belirlemek için yapılan meta-analiz ve sistematik derleme çalışmaları sunulmuştur.

Tablo 1. Sanal gerçeklik simülasyon teknolojisi kullanımının doğumda ağrı ve anksiyetenin azalmasındaki etkisi-Randomize Kontrollü Çalışmalar (RKÇ)

Yazarlar/Yıl	Ülke	Başlık	Örneklem	Ölme Araçları	Araştırma Süreci	Bulgular/Sonuç
Akın ve ark. (2021)	Türkiye	Doğum Sürecinde Fetusun Görüntülerinin Sanal Gerçeklik Gözlüğü ile Gösterilmesinin Doğum Ağrısı, Doğum Algısı ve Kaygı Üzerine Etkisi	Toplam=100 (Deney Grubu=50, Kontrol Grubu=50)	-Görsel Analog Skala (VAS) -Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadınların Algı Ölçeği (POBS) -Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (PASS)	Çalışmaya 28. Gebelik haftasında başlanmıştır. Müdahale grubunun 28. Gebelik haftasında fetal USG görüntüleri 15-20 dk 2 boyutlu olarak kayıt altına alınmıştır. Servikal dilatasyon 4 cm olunca 15-20 dk sanal gerçeklik gözlüğü ile gebeye ait 28. Gebelik haftasında kayıt altına alınan fetal USG görüntüleri izletilmiştir. Kontrol grubundaki gebelere rutin hastane bakımı verilmiştir.	Çalışmanın sonucunda sanal gerçeklik gözlüğü ile fetüs görüntülerinin izletilmesinin gebelerdeki doğum ağrısı ve kaygısını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur.
Talaat Abd El-Wahed El Sharkawy ve ark. (2022)	Mısır	Doğum 1. Aşamasındaki Primipar Kadınlarda Sanal Gerçeklik Uygulamasının Dikkat Dağıtıcı Olarak Ağrı ve Anksiyete Kontrolünde Etkinliği	Toplam=220 (Deney Grubu=110, Kontrol Grubu=110)	-Sosyodemografik Özellikler Formu -Kaygı Derecelendirme Ölçeği -Partograf -Görsel Analog Ölçeği (VAS) -Değiştirilmiş Anne Memnuniyeti Anketi	Müdahale grubuna doğumun ilk evresinde sanal gerçeklik tekniği uygulanmıştır. Servikal açıklık 4 cm ve 9 cm olduğunda ağrı ve anksiyete değerlendirmesi yapılmıştır. Değerlendirmeden 15 dk sonra 2. değerlendirme yapılmıştır. Kontrol grubuna rutin hastane bakımı verilmiştir.	Sanal gerçeklik tekniği ile doğumun ilk aşamasında doğum ağrısı ve anksiyete düzeyinde azalma sağlamıştır. Müdahale grubunda doğum süresinin kısalmasını sağlamıştır. Ayrıca müdahale grubundaki gebelerde doğum memnuniyeti artmıştır.
Carus ve ark. (2021)	Türkiye	Sürükleyici Sanal Gerçeklik Kadınlarda Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimini İyileştiriyor: Randomize Kontrollü Çalışma	Toplam=42 (Deney Grubu=21 Kontrol Grubu=21)	- Görsel Analog Ölçeği (VAS) -Sanal Gerçeklik Uygulaması Menuniyet Anketi -Beck Anksiyete Envanteri -Beck Depresyon Envanteri	Müdahale grubuna doğum eyleminin aktif fazında 20 dk sanal gerçeklik gözlüğü ile turuncu gün batımı, yeşil çayırlar, siyah başlangıç, kırmızı savana, mavi derinlik, mavi ay, mavi okyanus, beyaz kış ve kırmızı sonbahar görüntüleri izletilmiştir. Kontrol grubuna rutin hastane bakımı verilmiştir.	Çalışmanın sonucunda sanal gerçeklik gözlüğü uygulamasının ağrıyı azalttığı, doğum deneyimine olumlu katkılarının olduğu, doğum memnuniyetini arttırdığı, anksiyete ve depresyon skorları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu bulunmuştur.

Mohammadi ve ark. (2023)	İran	Sanal Gerçeklik, Ağrı Korkusu ve Doğum Ağrısı Yoğunluğu: Rastgele Kontrollü Çalışma	Toplam=130	-Harman Doğum Korkusu Anketi - Görsel Analog Ölçeği (VAS)	Müdahale grubuna düzenli kasılmaları başladıktan sonra (servikal dilatasyon 4 cm olduğunda) en az 20 dk boyunca deniz kıyısını simüle eden hoş bir ses (su akışı) içeren bir oyun yayını izletmişlerdir. Oyunun sanal ortamında kadın kendini su üzerinde yüzen bir teknede hissetmekte ve aynı zamanda suyun hoş sesini de duymaktadır. Oyun başlar başlamaz gökyüzüne doğru göz hareketleri yapan kadın, görülen objeler arasından bebekle ilgili eşyaları seçtiğinde başka bir seviyeye geçebilmekte ve bebeğin gülme sesi duyulmaktadır. Kontrol grubuna rutin hastane bakımı verilmiştir.	Çalışmanın sonucunda müdahale grubundaki kadınlarda kontrol grubuna kıyasla daha az ağrı yoğunluğu ve daha az doğum ağrısı korkusu yaşadıkları sonucu bulunmuştur.
Frey ve ark. (2018)	ABD	Doğumda Sanal Gerçeklik Analjezisi: VRAİL Pilot Çalışması-İlaçsız Doğum Yapan Kadınlarda Sürükleyici Sanal Gerçeklik Analjezisinin Yararını Öneren Randomize Kontrollü Ön Çalışma	Toplam=27	-Sayısal Derecelendirme Ölçeği (NRS)	Çalışmaya dahil edilen örneklem grubunun tamamına doğum eyleminin 1. Evresinin her aşamasında düzenli kontraksiyonların olduğu zaman aralığında sanal gerçeklik teknolojisi kullanılarak gözlem yapılmıştır. Her uygulama öncesi ve sonrasında NRS değerlendirilmiştir.	Çalışmanın sonucunda sanal gerçeklik gözlüğü uygulamasının doğum ağrısı ve kaygısını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur.
Gür ve ark. (2021)	Türkiye	Sanal Gerçeklik Kullanan Bilişsel Davranışçı Tekniklerin Doğum Ağrısına Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma	Toplam=273 (A Grubu=54, B Grubu=55, C Grubu=55 D Grubu=55 E Grubu=54)	-Kişisel Bilgi Formu -VAS -Sözel Değerlendirme Ölçeği (VRS)	Müdahale gruplarındaki katılımcılara doğum eyleminin aktif fazında 10 dk sanal gerçeklik gözlüğü uygulanmıştır. A Grubu: Klasik müzik eşliğinde yenidoğan fotoğrafları, videolarının izletildiği grup. B Grubu: Yenidoğan fotoğraf albümünün videosunun izletildiği grup. C Grubu: Türkiye'nin tanıtım filminin izletildiği grup. D Grubu: Sadece klasik müzik dinletilen grup. E Grubu (Kontrol): Hastanenin rutin bakım ve tedavisi uygulanmıştır.	Çalışmanın sonucunda sanal gerçeklik ile uygulanan tüm bilişsel tekniklerin doğumun aktif dönemindeki doğum ağrısını azalttığı bulunmuştur. Özellikle A ve B gruplarında doğum ağrısının diğer müdahale gruplarına göre daha fazla azaldığı bulunmuştur.

Ebrahimian ve ark. (2022)	İran	Sanal Gerçeklik ve Nane Sakızının Doğum Ağrısı ve Anksiyete Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması: Randomize Kontrollü Çalışma	Toplam=93 (Sakız Grubu=31, Sanal Gerçeklik Grubu=31, Kontrol Grubu=31)	-VAS -Spielberger Kaygı Envanteri	Sakız grubuna her uygulama 20 dk olarak toplamda 2 defa sakız çiğnetilmiştir (servikal dilatasyon 4-5 cm ve 7-8 cm olduğunda). Sanal gerçeklik grubuna doğa manzaralarının yer aldığı 360 derecelik video içeren sanal gerçeklik gözlükleri aktif fazın başlangıcında 4-5 cm dilatasyon ve 7-8 cm dilatasyonda olmak üzere 2 defa uygulanmıştır. VAS ve Spielberger kaygı envanteri uygulamalardan hemen önce, uygulamalardan hemen sonra ve 30 dk sonra olmak üzere 3 kez değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna VAS ve Spielberger kaygı envanteri toplamda 2 defa uygulanmıştır (servikal dilatasyon 4-5 cm ve 7-8 cm olduğunda). Kontrol grubunda rutin hastane bakımı verilmiştir.	Çalışmanın sonucunda müdahale gruplarında kontrol grubuna göre doğum ağrısı ve anksiyetesinin daha az olduğu bulunmuştur. Fakat müdahale grupları arasında doğum ağrısı ve anksiyetesi bakımından yapılan karşılaştırma sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur.
Mahalan ve Smitha (2023)	Hindistan	İşitsel ve Görsel Terapinin Doğum Sırasında Ağrı ve Anksiyete Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma	Toplam=74 (Deney Grubu=37, Kontrol Grubu=37)	-Kişisel Bilgi Formu -Doğum Yapan Kadınlar İçin Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (AASPWL) -Mevcut Davranışsal Yoğunluk Ölçeği (PBI) -Sayısal Ağrı Derecelendirme Ölçeği (NPRS)	Müdahale grubundaki kadınlara sanal gerçeklik tekniği ile servikal dilatasyonun 4-8 cm arasında olduğu esnada müzik eşliğinde gebe kadınların veya emziren annelerin görüntülerinin yer aldığı bir slayt gösterisinin (20 dakika + 10 dakika) olmak üzere toplam 30 dk gösterilmiştir. Kontrol grubuna rutin hastane bakımı verilmiştir.	Sanal gerçeklik müdahalesinin uygulandığı grupta ağrı yoğunluğunu ve kaygı puanını azaldığı bulunmuştur.

El-Sayed Hussein ve ark. (2022)	Mısır	Primipar Gebelerde Doğumun 1. Aşamasında Ağrı ve Kaygıyı Azaltmada Sanal Gerçekliğin Kullanılabilirliği ve Doğum Sonuçlarına Yansıması	Toplam=220 (Deney Grubu=110, Kontrol Grubu=110)	-Görüşme Anket Formu (Sosyodemografik Veriler ve Obstetrik Öykü), -Gözlemsel Kontrol Listesi (Partograf), -VAS -Anksiyete Derecelendirme Ölçeği -APGAR Skoru	Müdahale grubuna servikal dilatasyon 4 cm ve 9 cm olduğunda ilk olarak VAS ve anksiyete derecelendirme ölçeği uygulanmış hemen ardından 10 dk sanal gerçeklik gözlüğü uygulaması yapılmıştır, gözlük çıkarıldığı an VAS ve Anksiyete derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. Toplamda 4 kez VAS ve Anksiyete derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. Doğum eylemi sırasında partograf ve doğumdan sonra da 1 ve 5. dk'larda APGAR skoru değerlendirilmiştir. Kontrol grubuna rutin hastane bakımı verilmiştir. Kontrol grubundaki gebelere servikal dilatasyon 4 cm ve 9 cm olduğunda VAS ve Anksiyete derecelendirme Ölçeği uygulanmıştır. Doğum eylemi sırasında partograf ve doğumdan sonra da 1 ve 5. dk'larda APGAR skoru değerlendirilmiştir.	Çalışmanın sonucunda sanal gerçeklik uygulamasının doğum eyleminin ilk aşamadaki ağrı ve kaygıyı azaltmada etkili olduğu aynı zamanda anne ve yenidoğan hayati bulguları üzerinde olumlu sonuçlarının olduğu bulunmuştur.
Almedhesh ve ark. (2022)	Suudi Arabistan	Sezaryen Sırasında Sanal Gerçekliğin Anksiyete, Stres ve Hemodinamik Parametreler Üzerine Etkisi	Toplam=351 Deney grubu=176, Kontrol grubu=175	-Temel Ve Klinik Veri Sayfası -Maternal Hemodinamik Parametreler Değerlendirme Sayfası (Objektif Parametreler) - Ameliyat Öncesi Duygusal Stresin Kısa Ölçümü (B-MEPS) -Yeni Bir Görsel Yüz Kaygı Ölçeği (NVFAS) -Gözden Geçirilmiş Doğum Memnuniyeti Ölçeği (BSS-R)	Müdahale grubuna bölgesel anestezi sonrasında ve cilt dikişleri tamamlanana kadar tüm operasyon süresi boyunca sanal gerçeklik gözlükleri uygulanmıştır. Her katılımcı, ameliyat sırasında doğal manzaralar ve manevi mekanlar eşliğinde tatlı bir sesle Kur'an-ı Kerim dinlemek veya güzel manzaralar eşliğinde sakin, rahatlatıcı müzik dinlemek arasında seçim yapması istenmiştir. Kontrol grubuna rutin hastane bakımı verilmiştir.	Sonuç olarak sanal gerçeklik teknolojisi bölgesel anestezi altında sezaryen geçiren kadınlarda kaygı ve stresi önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur. Müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha düşük seviyede anksiyete ve stres olduğu ayrıca doğum memnuniyetinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Jahanishoorab ve ark. (2015)	İran	Epizyotomi Onarımı Sırasında Sanal Gerçekliğin Primipar Kadınlarda Ağrı Üzerindeki Etkisi: Rastgele Bir Klinik Çalışma	Toplam=32 Deney Grubu=16 Kontrol Grubu=16	-Sayısal Derecelendirme Ölçeği Ağrı	Doğum sonrası müdahale grubuna anestezi ile birlikte sanal gerçeklik teknolojisi (video gözlük ve lokal infiltrasyon 5 ml lidokain hidroklorür %2 solüsyon) ve kontrol grubuna ise standart anestezi (lokal infiltrasyon 5 ml lidokain hidroklorür %2 solüsyon) uygulanmıştır. Müdahale grubunda perine onarımı öncesinde video gözlükler ve ses hastaya uygun şekilde ayarlanmıştır. Ayrıca epizyotomi onarımı öncesi ve sonrası doğum memnuniyeti kaydedilmiştir.	Çalışmada müdahale grubunda epizyotomi onarımı sırasında daha az ağrı yoğunluğu olduğu bulunmuştur.
Shourab ve ark. (2016)	İran	Epizyotomi Onarımı Sırasında Primipar Kadınlarda Sanal Gerçeklik ve Kaygı	Toplam=30 Deney Grubu=15 Kontrol Grubu=15	-Spilberger Ölçeği -Sayısal Kaygı Ölçeği	Müdahale grubunun epizyotomi onarımı sırasında sanal gerçeklik simülasyon gözlüğü kullanılması sağlanmıştır. Ses seviyesi katılımcının isteğine göre ayarlanmış ve video listesinden istediklerini seçme hakkı verilmiştir. Video süresi 42 dakika olarak belirlenmiştir. Kontrol grubuna rutin hastane bakımı verilmiştir.	Çalışmanın sonucunda müdahale grubundaki kadınların doğumdan sonraki ilk saatlerde kontrol grubundaki kadınlardan daha düşük anksiyeteye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır
Orhan & Bülez (2023)	Türkiye	Epizyotomi Sırasında Uygulanan Sanal Gerçeklik Gözlüklerinin Ağrı ve Memnuniyet Üzerine Etkisi: Tek Kör Randomize Kontrollü Çalışma	Toplam=50 Deney Grubu=25 Kontrol Grubu=25	-Anne Kimlik Formu -Görsel analog ölçeği (VAS)	Müdahale grubuna uygulama esnasında sanal gerçeklik gözlüğü takılarak annenin tercihi doğrultusunda belirlenen müzikli videolardan (su altı videoları 3 seçenek, doğa manzara videoları 2 seçenek) seçtikleri videolardan biri 10 dakika izletilmiştir. Kontrol grubuna rutin hastane bakımı verilmiştir.	Çalışmanın sonucunda sanal gerçeklik tekniği epizyotomi sırasında ağrıyı azalttığı ve doğum memnuniyeti arttırdığı bulunmuştur.

Tablo 2. Sanal gerçeklik simülasyon teknolojisi kullanımının doğumda ağrı ve anksiyetenin azalmasındaki etkisi-Meta Analiz+Sistemik Derlemeler

Yazar/Yıl	Başlık	Taranan Veri Tabanları	Dahil Edilen Çalışma Sayısı	Sonuç
Viderman ve ark. (2023)	Ağrı Yönetimi İçin Sanal Gerçeklik: Genel Bir İnceleme	-Scopus -PubMed -Cochrane	Bu incelemeye 274 çalışma ve 17.680 hastayı içeren 21 sistemik derleme ve meta-analiz dahil edilmiştir.	Çalışmanın sonucunda sanal gerçeklik simülasyon uygulamasının doğum sırasında kaygı ve ağrıyı azalttığı bulunmuştur. Ayrıca kadınların önemli yüzdesi sanal gerçeklik teknolojisinden memnun olduklarını ve gelecek doğumlarında sanal gerçeklik uygulamasını tercih edeceklerini bildirmişlerdir.
Baradvan ve ark. (2022)	Sanal Gerçekliğin Normal Doğum Sırasında Ağrı Yönetimi Üzerindeki Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışmaların Sistemik Bir İncelemesi ve Meta Analizi	-PubMed -Scopus -ISI -Cochrane -Web of science	Toplam 466 hastayı içeren Sekiz Randomize kontrollü çalışma dahil edilmiştir.	Bu çalışmada doğum yapan kadınlarda normal doğum sırasında sanal gerçeklik uygulamasının kontrol grubuna göre ağrı ve anksiyete puanlarını anlamlı derecede azalttığı bulunmuştur. Ayrıca sanal gerçeklik grubunda doğum memnuniyeti artmıştır.
Özer ve ark. (2023)	Sanal Gerçeklik Müdahalelerinin Normal Doğum Parametreleri Üzerindeki Etkileri: Rastgele Kontrollü Çalışmaların Sistemik Bir İncelemesi ve Meta-Analizi. Normal Doğum Parametrelerine İlişkin Sanal Gerçeklik Müdahalelerinin Meta-Analizi	-Yöktez -Scopus -PubMed -Google Scholar -Science Direct	Toplamda 756 kadımla yapılan yedi randomize kontrollü çalışma dahil edilmiştir.	Sanal gerçeklik müdahaleleri ile ağrı skorlarının önemli ölçüde azaldığı, anksiyete düzeyinin azaldığı ve doğum memnuniyetinin arttığı bulunmuştur. Ayrıca kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında doğumun ilk evresinin süresi ve doğumun ikinci aşaması müdahale gruplarında önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur.
Xu ve ark. (2022)	Anne Doğumunda Sanal Gerçekliğin Etkileri: Sistemik İnceleme ve Meta-analiz	-PubMed -Embase -Web of Science -Cochrane Kütüphanesi -CINAHL -Çin Ulusal Bilgi Altyapısı -Wan-Fang Veri Tabanı	1095 katılımcının yer aldığı toplam 12 çalışma dahil edilmiştir.	Meta-analiz sonucunda sanal gerçeklik teknolojisi kullanımının doğum sırasında ve aktif dönemde ağrıyı hafiflettiği bulunmuştur.
Hajesmael-Gohari ve ark. (2021)	Gebe Kadınlara Yardımcı Olacak Sanal Gerçeklik Uygulamaları	-PubMed -Embase -Web of Science	Toplamda 280 katılımcının yer aldığı dokuz çalışma dahil edilmiştir.	Bu çalışmaya dokuz çalışma dahil edilmiştir. Dört çalışmada (%44,5) gebe kadınların kaygısını azaltmak için, dört çalışmada (%44,5) doğum ağrısını azaltmak için ve bir çalışmada (%11) egzersiz eğitimlerinde sanal gerçeklik teknolojisi kullanılmıştır. Çalışmaların çoğunluğu sanal gerçeklik teknolojisinin hem gebelikte hem de doğumda farklı amaçlarla kullanılabilir faydalı bir yöntem olduğunu göstermiştir (n = 8, %89).

Baradvan ve ark. (2022) yaptıkları sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasının sonucunda sanal gerçeklik teknolojisi uygulanan müdahale grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında doğum sırasındaki ağrı skorunda anlamlı bir azalma olduğu bulunmuştur ($p<.001$). Doğum sırasındaki anksiyete puanı müdahale grubunda önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur. Üstelik sanal gerçeklik, doğum sırasındaki memnuniyet puanını önemli ölçüde arttırmıştır. Ancak doğumun birinci ve ikinci evrelerinin süreleri açısından sanal gerçeklik ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Özer ve ark. (2023) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında müdahale gruplarında servikal dilatasyon ≤ 4 cm olduğunda ağrı skorlarında ve anksiyete düzeyinde önemli ölçüde azalma olduğu, doğum memnuniyetinin ise arttığı bulunmuştur. Müdahale grupları ile kontrol grupları karşılaştırıldığında doğumun ilk aşamasının süresi ve doğumun ikinci aşamasının süresi müdahale gruplarında anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur.

Xu ve ark. (2022) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analiz çalışması sonucunda sanal gerçeklik teknolojisi kullanımının doğumun başlangıcında ve aktif dönemde ağrıyı ve anksiyeteyi azalttığı, doğum memnuniyetini ise anlamlı derecede arttırdığı bulunmuştur. Hajesmaeel-Gohari ve ark. (2021) tarafından yapılan kapsam belirleme incelemesi sonucunda sanal gerçeklik uygulamasının, kadınların doğum ağrılarında ve anksiyete düzeylerinde azalmanın yanı sıra çevrelerinde meydana gelen olaylardan uzaklaşması sebebiyle stres düzeylerinin de azalmasına yardımcı olduğu bulunmuştur. Viderman ve ark. (2023) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analiz sonucuna göre sanal gerçeklik teknolojisinin doğum ağrısı dışında çeşitli prosedürlerde kaygıyı ve ağrıyı azaltmada etkili olduğu, cerrahi operasyonlarda, kolonoskopi, travma, yanıklar, felç, kraniyotomiler gibi kritik ortamlarda hasta memnuniyetini arttırdığı bulunmuştur. Sanal gerçeklik teknolojisinin kronik ağrı için de faydalı olduğu bulunmuştur.

TARTIŞMA

Sanal gerçeklik derin nefes alma, yatıştırıcı müzik dinleme, sevilen bir video izleme, konuşma, objeleri sayma gibi dikkati başka yöne çekme uygulamalarından farklı olarak kullanıcılara gerçeklik hissi veren bir simülasyon yöntemidir (Doğan Yılmaz ve Ünlüsoy Dinçer, 2022). Sanal gerçeklik teknolojisi kullanımının doğumda ağrı ve anksiyetenin azalmasındaki etkisini belirlemek amaçlı “doğum ağrısı, anksiyete, doğum memnuniyeti, doğum korkusu” anahtar kelimeleri kullanılarak PubMed, Cochrane, Scopus ve Google Akademik veri tabanlarında literatür taraması yapılmıştır. Anahtar

kelimeler doğrultusunda 2015–2023 yıllarında yayımlanmış 38 araştırmaya ulaşılmıştır. Çalışmaya uygunluğu belirlenen 18 araştırmanın dâhil edilmesine karar verilmiştir. Veriler öyküsel anlatım yöntemi ile sentez edilmiştir. 18 araştırmanın toplam örneklem hacmi 21.919’dir. Bu sistematik derlemede ise 18 araştırmanın sonucuna dayalı olarak yapılan yorumlamada doğuma hazırlık sınıflarının vajinal doğum oranını artırdığı saptanmıştır.

Tablo 1’de sanal gerçeklik teknolojisi kullanımının doğumda ağrı ve anksiyetenin azalmasındaki etkisini belirlemek amaçlı yapılan randomize kontrollü çalışmalar (RKÇ) sunulmuştur. Akın ve ark. (2021) doğum sürecindeki kadınlarla yaptıkları çalışmada, sanal gerçeklik kullanılarak fetüsün görüntülerinin izletildiği müdahale grubunda, kontrol grubuna göre doğum ağrısı ve anksiyete düzeyinde azalma olduğu belirlenmiştir. Talaat Abd El-Wahed El Sharkawy ve ark. (2022) 2020 kadınıyla yaptıkları çalışmada doğumun birinci evresinde sanal gerçeklik kullanılan grupta doğum ağrısı ve anksiyetesinin azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Carus ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmada, müdahale grubu kadınlarda yüksek düzeyde hasta memnuniyetinin olduğu ve gelecekteki doğum eylemlerinde sanal gerçeklik kullanmak istedikleri sonucuna ulaşmışlardır. Sanal gerçeklik uygulamasıyla epidural uygulama öncesinde doğumun erken dönemlerinde ağrı düzeyini azalttığı sonucunu gözlemlemişlerdir. Sanal gerçeklik teknolojisi doğum sürecini iyileştirmek için doğum servislerinde bulundurulabileceği ve bu gözlemleri doğrulamak için daha büyük katılımcı gruplarıyla çalışmalara ihtiyaç olduğu bildirilmiştir.

Mohammadi ve ark. (2023) tarafından yapılan çalışmada müdahale grubundaki kadınlarda kontrol grubuna kıyasla daha az ağrı yoğunluğu ve daha az doğum ağrısı korkusu yaşandığı belirlenmiştir. Sanal gerçeklik, doğum ağrısı ve vajinal doğum korkusunu kontrol altına almak için non-farmakolojik bir yöntem olarak kabul edilebileceği önerilmiştir. Frey ve ark. (2019) tarafından yapılan pilot çalışmada müdahale grubunda doğumun ilk aşamasında ağrı ve anksiyete düzeyinde azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak müdahale grubunun %15’i sezaryene ihtiyaç duymamış ilaçsız vajinal doğuma devam etmiştir. Gür ve Apay (2020) tarafından yapılan çalışmada sanal gerçeklik ile uygulanan tüm bilişsel tekniklerin doğumun aktif aşamasında doğum ağrısını azalttığı görülmüştür. Özellikle yenidoğan fotoğraflarının klasik müzik eşliğinde video haline getirilmesinin ve yenidoğan fotoğraf albümünün doğum ağrısının azaltılmasında diğer müdahalelere göre daha etkili olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanları tarafından doğum ağrısını azaltmak için bu tekniğin rahatlıkla kullanılabileceğini belirtmişlerdir. Doğumun her

aşaması için çalışmaların yapılması gerektiği ve bu çalışmanın farklı örneklem grupları ile tekrarlanması gerektiğini bildirmişlerdir.

Ebrahimian ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmada sanal gerçeklik teknolojisi ve nane sakızı kullanımının herhangi bir yan etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Doğumdan sonra müdahale gruplarının dikkat dağıtma tekniklerinden (sakız çiğneme ve sanal gerçeklik teknolojisi) memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca sanal gerçeklik teknolojisi ve sakız çiğnemenin doğumun aktif evresi ve ikinci evresinin uzunluğunu etkilediği (kısalttığı) belirtilmiştir. Mahalan ve Smitha (2023) tarafından yapılan çalışmada, müdahale grubundaki kadınlarda ağrı ve anksiyete düzeylerinde önemli ölçüde azalma olmuştur. Çalışmanın bulguları, doğumhanelerde sanal gerçeklik teknolojisi kullanımını desteklemektedir. Ancak gelecekteki araştırmalarda müdahale grubuna katılımı sağlamak için doğum öncesinde sanal gerçeklik teknolojisi konusunda gerekli bilgilendirmelerin yapılması gerektiğini bildirmişlerdir. Sanal gerçeklik teknolojisinin kabul edilmesini veya reddedilmesini sağlayan unsurları ve bunlara eşlik eden mitleri, kaygıları ve yan etkileri konusunda araştırmaların yapılabileceğini belirtmişlerdir.

El-Sayed Hussein ve ark. (2022) tarafından primipar kadınlarla yapılan çalışmanın sonucunda müdahale grubuna sanal gerçeklik tekniği ile kontrol gruna göre daha düşük anksiyete ve stres yaşandığı ayrıca müdahale grubundaki yenidoğanların birinci ve beşinci dakika Apgar skoru ortalamasının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Doğum hastanelerinde uygulanabilecek alternatif ilaç dışı tedavi yöntemi olarak sanal gerçeklik önerilmektedir. Jahanishoorab ve ark. (2015) tarafından yapılan çalışmada sanal gerçeklik simülasyon grubunda, kontrol grubuna göre epizyotomi onarımı sırasında yaşanan ağrı düzeyinde %80'lik bir azalma bildirilmiştir. Shourab ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada müdahale grubundaki kadınların doğumdan sonraki ilk saatlerde kontrol grubundaki kadınlardan daha düşük anksiyete yaşadığı saptanmıştır. Orhan ve Bülez (2023) tarafından yapılan primipar kadınların epizyotomi onarımı sırasında sanal gerçeklik teknolojisi kullanılarak memnuniyet ve ağrı düzeylerinin ölçüldüğü çalışmanın sonucunda, kontrol grubuna göre müdahale grubunda memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu ve yaşanan ağrı seviyesinin daha az olduğu bulunmuştur. Farmakolojik olmayan, kolay uygulanabilir bir yöntem olması ve annenin doğum memnuniyetini artırması nedeniyle sağlık çalışanları tarafından kullanılması önerilmektedir. Ebelik bakım ve uygulamalarına sanal gerçeklik gözlüklerinin dahil

edilmesi, sanal gerçeklik teknolojisi ile izlenen video içeriklerinin farklılaştırılması veya epizyotomi onarımı sırasında video içeriklerinden hangisinin ağrıyı azalttığı ve memnuniyeti daha fazla arttırdığının belirlenmesi gibi araştırmaların yapılması önerilmektedir.

Tablo 2'de sanal gerçeklik simülasyon teknolojisi kullanımının doğumda ağrı ve anksiyetenin azalmasıdaki etkisini belirlemek için yapılan meta-analiz çalışmalar sunulmuştur. Viderman ve ark. (2023) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analiz sonucuna göre VR simülasyonu uygulamasının ağrı kontrolünde ve ağrıdan kaynaklanan anksiyetede etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmada sınırlı kanıt olmasına rağmen, sanal gerçeklik teknolojisinin tüm yaş gruplarında analjezi gereksinimlerini azaltabileceğini göstermektedir. Baradvan ve ark. (2022) yaptıkları sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında sanal gerçeklik tekniği kullanan gruplarda ağrı skorunda azalma olduğu, doğum sırasındaki anksiyete puanının daha az olduğu ve doğum memnuniyetinin arttığı belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda sanal gerçeklik teknolojisinin, normal doğum sırasında kaygıyı azaltmak, memnuniyeti artırmak ve ağrı yönetimini iyileştirmek için etkili bir teknik olduğu ve rutin uygulamada kullanılması önerilmiştir.

Özer ve ark. (2023) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında sanal gerçeklik teknolojisi kullanımıyla doğum memnuniyetinin arttığı, doğumun birinci ve ikinci evresinin süresinin azalmasıda etkili olduğu, doğum ağrısı ve anksiyetesini azaltmada etkili bir yöntem olduğu vurgulanmıştır. Xu ve ark. (2022) tarafından yapılan sistematik derleme ve meta-analiz çalışması sonucunda sanal gerçeklik teknolojisi kullanımının doğum ağrısını ve yaşanan anksiyeteyi azaltmada, doğum memnuniyetini ise arttırmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sanal gerçeklik teknolojisi kullanımına yönelik daha yüksek kalitede kanıt temeli sağlamak için daha titiz, büyük ölçekli ve standartlaştırılmış randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu bildirilmiştir. Hajesmaeel-Gohari ve ark. (2021) tarafından yapılan kapsam belirleme incelemesi sonucunda sanal gerçeklik teknolojisi uygulamasının, kadınların doğum ağrılarında ve anksiyete düzeylerinde azalmanın yanı sıra çevrelerinde meydana gelen olaylardan uzaklaşması sebebiyle stres düzeylerinin de azalmasına yardımcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Özetle, randomize kontrollü ve meta-analiz çalışmalar; sanal gerçeklik teknolojisi gibi herhangi bir yan etkisi olmayan, ucuz, non-farmakolojik yöntemlerin tercih edilmesinin, bakım kalitesinin önemli göstergeleri

olan anksiyete ve ağrıyı azaltabildiğini, doğum süresini kısaltabildiğini ve annenin doğumdan memnuniyetini artırabildiğini göstermiştir. Doğum eyleminde kadınlarla en çok zaman geçiren ve en çok desteği sağlayan hemşire ve ebelerin, sanal gerçeklik teknolojisi gibi farmakolojik olmayan uygulamalarla kadının ağrısını ve anksiyetesini azaltması önemlidir. Sağlık alanında sanal gerçeklik teknolojisi kullanımının doğumda ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında sağlık hizmeti alıcılara zaman ve maliyet açılarından fayda sağlamaktadır. Sağlık Hizmeti Politika Yöneticileri tarafından bilimsel sonuçlar eşliğinde sağlık politikaları güncellenerek; doğumda sanal gerçeklik teknolojisi kullanımının hizmete dahil edilmesi, doğum sırasında sağlık bakımı veren sağlık profesyonellerine bireyselleştirilmiş sanal gerçeklik teknolojisi kullanımı konusunda eğitim planlamaları da yapılması önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu sistematik derlemede; çalışma kriterlerini içeren tüm araştırmalara ulaşılmaya çalışılmış olmasına karşın, üniversite kütüphane erişim kısıtlamaları nedeniyle ulaşılamayan çalışmaların olması ve bu nedenle değerlendirmeye alınamaması çalışmanın sınırlılığdır.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee Approval: Literatür incelemesi yapılmış olup, kullanılan literatür, kaynaklar bölümünde gösterilmiştir

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: HKS, FS; Tasarım: HKS, FS; Danışmanlık: HKS, FS; Veri toplama ve Veri İşleme: HKS, FS; Analiz ve/veya Yorum: HKS, FS; Kaynak tarama: HKS, FS; Makalenin Yazımı: HKS, FS; Eleştirel inceleme: HKS, FS; Kaynaklar ve Fon sağlama: HKS, FS

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir

KAYNAKLAR

- Akin, B., Yılmaz Kocak, M., Küçükaydın, Z., & Güzel, K. (2021). The effect of showing images of the foetus with the virtual reality glass during labour process on labour pain, birth perception and anxiety. *Journal of Clinical Nursing*, 30(15–16), 2301–2308. <https://doi.org/10.1111/jocn.15768>
- Baradwan, S., Khadawardi, K., Badghish, E., Alkhamis, W. H., Dahi, A. A., Abdallah, K. M. ... Bakry, M. S. (2022). The impact of virtual reality on pain management during normal labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 32(March), 100720. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100720>
- Brown, K., & Foronda, C. (2020). Use of virtual reality to reduce anxiety and pain of adults undergoing outpatient procedures. *Informatics*, 7(3). <https://doi.org/10.3390/INFORMATICS7030036>
- Carus, E. G., Albayrak, N., Bildirici, H. M., & Ozmen, S. G. (2022). Immersive virtual reality on childbirth experience for women: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04598-y>
- Doğan Yılmaz, E., & Ünlüsoy Dinçer, N. (2022). prosedürel ağrı yönetiminde sanal gerçeklik kullanımı. *hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 9(1), 109–114. <https://doi.org/10.31125/hunhemsire.1102099>
- Ebrahimian, A., Bilandi, R. R., Bilandī, M. R. R., & Sabzeh, Z. (2022). Comparison of the effectiveness of virtual reality and chewing mint gum on labor pain and anxiety: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04359-3>
- El-Sayed Hussein, D., Ahmed El-Sheikh, M., Mohamed Abd-El Hady, R., & Abd El-Wahab Afifi, O. (2022). Usability of virtual reality for alleviating pain and anxiety for primiparity women during 1st stage of labor and its reflection on labor outcomes. *Journal of Nursing Science Benha University*, 8.5.2017, 2003–2005. <https://doi.org/10.21608/JNSBU.2022.213959>
- Frey, D. P., Bauer, M. E., Bell, C. L., Low, L. K., Hassett, A. L., Cassidy, R. B. ... Sharar, S. R. (2019). Virtual reality analgesia in labor: the vreal pilot study - a preliminary randomized controlled trial suggesting benefit of immersive virtual reality analgesia in unmedicated laboring women. *Anesthesia and Analgesia*, 128(6), E93–E96. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003649>
- Gültepe, R. (2024). Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 9(1), 54–61. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10611837>
- Gür, E. Y., & Apay, S. E. (2020). The effect of cognitive behavioral techniques using virtual reality on birth pain: a randomized controlled trial. *Midwifery*, 91, 102856. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102856>
- Hajesmaeel-Gohari, S., Sarpourian, F., & Shafiei, E. (2021). Virtual reality applications to assist pregnant women: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03725-5>
- Karakaya S. Ö., Kolukısa, T., Hür, G., Zengin, H., Eroğlu, A., Erbay Özdede, E., Tecik, S. & Çınar, N. (2023). Joanna

- Briggs Enstitüsü (JBI) Kritik değerlendirme araçlarından kohort ve vaka kontrol çalışmaları için kontrol listelerinin türkçe'ye Uyarlaması. *Yükseköğretim Dergisi*, 13(3), 359-366. doi: 10.53478/yukseogretim.1190017
- Jahanishoorab, N., Zagami, S. E., Nahvi, A., Mazluom, S. R., Golmakani, N., Talebi, M., & Pabarja, F. (2015). The effect of virtual reality on pain in primiparity women during episiotomy repair: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Medical Sciences*, 40(3), 219–224. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4430883/pdf/ijms-40-219.pdf>
- Kazeminiya, M., Abdi, A., Vaisi-Raygani, A., Jalali, R., Shohaimi, S., Daneshkhah, A. ... Mohammadi, M. (2020). The effect of lavender (*lavandula stoechas* L.) on reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis. *evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/4384350>
- Kızılkaya Beji, N., Kaya, G., & Yıldız, A. (2018). Doğum ağrısını azaltmada kullanılan bir gevşeme tekniği: hipnozla doğum a relaxation technique used to reduce labor pain: hypnobirthing. *Aydın TıpFakültesiKlinikleriDergisi*, 5(1), 1–10. https://doi.org/10.17932/iau.tfk.2018.008/tfk_v05i1001
- Mahalan, N., & Smitha, M. V. (2023). "Effect of Audio-Visual Therapy on Pain and anxiety in labor: a randomized controlled trial." *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*: X, 20(June), 100240. <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100240>
- Mohammadi, H., Rasti, J., & Ebrahimi, E. (2023). Virtual reality, fear of pain and labor pain intensity: a randomized controlled trial. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 13(1), 1–5. <https://doi.org/10.5812/aapm-130387>
- Orhan, M., & Bülez, A. (2023). The effect of virtual reality glasses applied during the episiotomy on pain and satisfaction: a single blind randomized controlled study. *Journal of Pain Research*, 16, 2227–2239. <https://doi.org/10.2147/JPR.S412883>
- Özer, E., Çetinkya Şen, Y., Canlı, S., & Güvenç, G. (2023). Effects of virtual reality interventions on the parameters of normal labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled Trials. *A Meta-Analysis of Virtual Reality Interventions on the Parameters of Normal Labor. Pain Management Nursing*, xxxx. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.09.012>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Rachmawati, I. N. (2012). Maternal reflection on labour pain management and influencing factors. *British Journal of Midwifery*. <https://doi.org/10.12968/bjom.2012.20.4.263>
- Shourab, N., Zagami, S., Golmakhani, N., Mazlom, S., Nahvi, A., Pabarja, F. ... Rizi, S. (2016). Virtual reality and anxiety in primiparous women during episiotomy repair. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(5), 521–526. <https://doi.org/10.4103/1735-9066.193417>
- Talaat Abd El-Wahed El Sharkawy, A., Mohamed Abd-El Hady, R., Abdelhaliem Said, S., Abdel-Wahab Afifi Araby, O., & Taha Ahmed Abou-Elazab, R. (2022). Efficacy of Virtual Reality Application as a Distraction for primiparity women at 1st stage of labor on pain and anxiety control. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(1), 1267–1284. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2022.226071>
- Viderman, D., Tapinova, K., Dossov, M., Seitenov, S., & Abdildin, Y. G. (2023). Virtual reality for pain management: an umbrella review. *Frontiers in Medicine*, 10(July). <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1203670>
- Xu, N., Chen, S., Liu, Y., Jing, Y., & Gu, P. (2022). The effects of virtual reality in maternal delivery: systematic review and Meta-analysis. *JMIR Serious Games*, 10(4). <https://doi.org/10.2196/36695>

Derleme Makalesi/Review Article

Kadın Sağlığı Alanında Hasta Navigasyonu ve
Navigatör Hemşireliğin Kullanımı

Seda AKGÜN DORUKOĞLU¹, Zeynep DAŞIKAN²

Patient Navigation and the use of Navigator Nurse in Women's Health: A Review

ÖZ

Hasta navigasyonu, özellikle tıbbi olarak yetersiz hizmet alan bireylerin, sağlık hizmetlerine erişim ve zamanında bakım almada karşılaştıkları engelleri aşmalarına yardımcı olmak için tasarlanmış bir sağlık bakım modelidir.

Hasta navigatörü, hastaların teşhisten tedaviye kadar olan süreçte sağlık hizmeti sistemini anlamalarını ve bu sistemde ilerlemelerini kolaylaştırmayı hedeflemiştir. Bu sayede hastalar, bakım süresince ihtiyaç duydukları tedaviyi kesintisiz olarak alabilmektedir. Navigatör hemşire, hasta ve ailelerine sağlık yolculuklarında rehberlik ederek onları bilgilendirir, motive eder ve destekler. Bu hemşirenin, hastalığın evresi, tedavi seçenekleri, semptom yönetimi ve destek kaynakları gibi konularda yönlendirme, rehberlik etme, disiplinler arası iletişim sağlama gibi önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Kadın sağlığı alanında navigatör hemşire, gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası, üreme sağlığı, menopoz ve kanser bakımı süreçlerinde hastalara kapsamlı rehberlik eder. Özellikle jinekolojik onkoloji hastalarında navigatör hemşire tarama programlarına erişimi artırmayı, teşhis sürecini kısaltmayı ve sağlık eşitsizliği olan popülasyonlarda kanser sonuçlarını iyileştirmekte etkili olabilir.

Navigatör hemşire, hastalara rehberlik ederek bakım kalitesini artırmada önemli bir rol oynarlar. Bu rehberlik sayesinde, hastaların yaşam kaliteleri yükselirken tedaviye uyumları artar bu bağlamda fiziksel ve psikolojik sağlıkları iyileşir, hastalıkla başa çıkma yetenekleri güçlenir ve sağlık sistemi içindeki engelleri aşmaları kolaylaşır.

Dünya'da ve Türkiye'de kadın sağlığı alanında hasta navigasyonu ve navigatör hemşireliğin kullanımını incelemek ve navigatör hemşirenin rollerini belirleyerek, literatüre katkı sağlamaktır.

Anahtar kelimeler; Hasta navigasyonu, kadın sağlığı, multidisipliner bakım, navigatör hemşire

ABSTRACT

Patient navigation is a healthcare model specifically designed to help medically underserved individuals overcome barriers to accessing healthcare services and receiving timely care. Patient navigator aim to facilitate patients' understanding of and progression through the healthcare system, from diagnosis to treatment, ensuring that patients receive uninterrupted care throughout the process. Nurse navigator guide and support patients and their families on their healthcare journey by providing information, motivation, and assistance. The nurse has critical responsibilities, including directing and advising on the stage of the disease, treatment options, symptom management, and available support resources, as well as facilitating interdisciplinary communication. In the field of women's health, nurse navigator offer comprehensive guidance to patients during preconception, pregnancy, childbirth, postpartum care, reproductive health, menopause, and cancer care. Particularly in gynecologic oncology, nurse navigator can play a significant role in increasing access to screening programs, shortening the diagnostic process, and improving cancer outcomes in populations with health disparities.

Nurse navigator play a vital role in enhancing the quality of care by guiding patients, which, in turn, improves their quality of life, increases treatment adherence, enhances both physical and psychological health, strengthens coping abilities, and helps them overcome barriers within the healthcare system.

This review aims to examine the use of patient navigation and nurse navigation in women's health globally and in Turkey and to identify the roles of nurse navigators, thereby contributing to the literature.

Key words; Multidisciplinary care, nurse navigator; patient navigation, women's health

¹ Sorumlu Yazar; Uzman Hemşire, T.C. Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir, Türkiye, E-mail: sedaakgun11@gmail.com, ORCID ID: 0000-0001-8901-4895

² Doç. Dr., Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye, e-mail: zeynep.dasikan@ege.edu.tr, ORCID ID: 0000-0002-0933-9647

Geliş Tarihi: 06.06.2023, 1.Revizyon: 16.07.2024 Kabul Tarihi: 17.10.2024 Online Yayın Tarihi: 30.11.2024

Atf/Citation: Akgün Dorukoglu, S. ve Daşikan, Z. (2024). Kadın sağlığı alanında hasta navigasyonu ve navigatör hemşireliğin kullanımı: derleme. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10 (3), 225-234.

EXTENDED ABSTRACT

Patient navigation in healthcare services was first developed in 1990 by North American physician Dr. Harold Freeman. This concept was designed to ensure the continuity of care from diagnosis to treatment, particularly for individuals with chronic illnesses, by facilitating timely and accurate diagnosis. Patient navigation emerged as a model for managing the diagnosis and treatment processes in various chronic illnesses, whether evidence-based or not. In this process, a person known as a patient navigator guides patients through social, economic, financial, cultural, bureaucratic, and psychological barriers that hinder their access to healthcare services. In collaboration with the American Cancer Society (ACS), Dr. Harold Freeman established the first patient navigation program at Harlem Hospital in New York, with navigation volunteers.

The concept of the nurse navigator first emerged for oncology patients. The scope of nurse navigation has been planned and implemented to include not only cancer patients but also individuals with chronic illnesses, pregnant women, palliative care patients, and elderly individuals with special care needs. The nurse navigator concept has been utilized in patient care to manage and sustain the disease process in a personalized and safe manner. In the literature, terms such as case manager, clinical coordinator, cancer support nurses, follow-up nurses, breast specialist, breast cancer coordinator, patient navigator, and guided nurse have been used interchangeably with nurse navigation. The involvement of expert nurses in this field provides an opportunity to intervene earlier in patient side effects and complications, thereby improving the quality of patient care. Nurse navigator assist patients, their families, and the multidisciplinary care team in making collaborative decisions. By overseeing every stage of the treatment process, they empower patients by providing information and support, and serve as a liaison between patients and the healthcare team. Nurse navigator play a role beyond care management by facilitating communication, education, and coordination activities aimed at optimizing patients' and families' utilization of healthcare services.

The role of the nurse navigator is of critical importance, particularly in the field of women's health. Throughout their lives, women encounter various health processes and challenges. Nurse navigator provide comprehensive guidance to patients during preconception, pregnancy, childbirth, postpartum care, reproductive health (family planning, infertility, sexual health, etc.), menopause, and cancer care. They support women throughout these complex health journeys by providing necessary information and

assistance, and by facilitating access to various healthcare services.

Nurse navigator help patients schedule appointments, coordinate transportation and childcare, and provide informative brochures and counseling services. Particularly in gynecologic oncology, nurse navigators play a crucial role in increasing access to screening programs, shortening diagnostic times, and improving cancer outcomes in populations with significant health disparities. These services help patients achieve better health outcomes and manage their treatment processes more effectively.

GİRİŞ

Hasta navigasyonu, sağlık hizmetlerinde ilk olarak 1990 yılında Kuzey Amerikalı Dr. Harold Freeman tarafından geliştirilmiştir. Bu kavram, kronik hastalığı olan bireyler için tanının hızlı ve doğru bir şekilde konmasıyla birlikte tedavinin baştan sona sürekliliğini sağlamak amacıyla tasarlanmıştır. Hasta navigasyonu, kanıta dayalı veya kanıta dayalı olmayan çeşitli kronik hastalıkların yönetiminde tanı ve tedavi sürecinin sağlanmasına yönelik bir model olarak ortaya çıkmıştır. Bu süreçte hasta navigatörü olarak adlandırılan bir kişi hastalara sağlık hizmetlerine erişimlerini engelleyen sosyal, ekonomik, finansal, kültürel, bürokratik ve psikolojik engeller konusunda rehberlik eder. Amerikan Kanser Derneği [American Cancer Society (ACS)] ile ortaklaşa Dr. Harold Freeman, New York'taki Harlem Hastanesi'nde navigasyon gönüllüleri (sağlık çalışanları) ile ilk hasta navigasyon programını oluşturmuştur (Pautasso ve ark., 2018).

İlk navigatör hemşire onkoloji hastalarına yönelik ortaya çıkmıştır (Shejila ve ark., 2015). Navigatör hemşireliğin alanı kanserli hastaların yanı sıra kronik hastalığı olanlar, gebeler, palyatif bakım hastaları ve özel bakım gereksinimi olan yaşlıları da kapsayacak biçimde planlanmış ve uygulanmıştır (Holsapple & Jensen, 2014). Navigatör hemşire kavramı, hasta bakımında hastalık sürecini bireye özgü ve güvenli bir şekilde yönetmek aynı zamanda sürdürmek amacıyla kullanılmıştır (Sharon, 2016).

Literatürde navigatör hemşirelik yerine; vaka yöneticisi, klinik koordinatör, kanser destek hemşireleri, takip hemşireleri, meme uzmanı, meme kanseri koordinatörü, hasta yönlendiricisi ve rehber hemşire gibi isimler de kullanılmıştır. Bu alandaki uzman hemşirelerin bakıma dahil olmaları, hastalardaki yan etkilere ve komplikasyonlara daha erken müdahale etme fırsatı sağlayarak hasta bakımının kalitesini artırmaktadır (Freeman & Rodriguez, 2011). Navigatör hemşire hastaların, ailelerinin ve bakım veren multidisipliner tedavi ekibiyle ortak kararlar almaya yardımcı olur. Tedavi

sürecinin her aşamasını denetleyerek hastaları güçlendirirken bilgi ve destek sağlar. Navigatör hemşire, hastalar ve sağlık ekibi arasında bir bağlantı görevi görerek bakım yönetiminin ötesinde bir rol üstlenir. Bu kapsamlı görev hasta ve ailelerinin sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak amacıyla iletişim, eğitim ve koordinasyon faaliyetlerini içerir (Shejila ve ark., 2015).

Özellikle kadın sağlığı alanında navigatör hemşirenin rolü kritik öneme sahiptir. Kadınlar yaşamları boyunca farklı sağlık süreçleri ve sorunlarıyla karşı karşıya kalırlar. Navigatör hemşire gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası, üreme sağlığı (aile planlaması, infertilite, cinsel sağlık vb.), menopoz ve kanser bakımı süreçlerinde hastalara kapsamlı rehberlik sağlar. Navigatör hemşire, kadınların bu karmaşık sağlık yolculuklarında yanlarında olarak gerekli bilgiyi ve desteği sağlar. Çeşitli sağlık hizmetlerine erişimlerini kolaylaştırır.

Navigatör hemşire hastaların randevu almalarına, ulaşım ve çocuk bakımını koordine etmelerine yardımcı olurken aynı zamanda bilgilendirici broşürler ve danışmanlık hizmetleri de sunar. Özellikle jinekolojik onkoloji hastalarında navigatör hemşire tarama programlarına erişimi artırmak, teşhis süresini kısaltmak ve sağlık eşitsizliklerinin yaygın olduğu popülasyonlarda kanser sonuçlarını iyileştirmek konusunda önemli bir rol oynar. Bu hizmetler hastaların daha iyi sağlık sonuçları elde etmelerini ve tedavi süreçlerini daha etkili bir şekilde yönetmelerini sağlar (McKenney ve ark., 2018).

Bu çalışmanın amacı, Dünya’da ve Türkiye’de kadın sağlığı alanında hasta navigasyonu ve navigatör hemşireliğin kullanımını incelemek ve navigatör hemşirenin rollerini belirleyerek, literatüre katkı sağlamaktır.

Hasta Navigasyonu

Navigasyon kelimesinin Türkçe anlamı seyir /seyrüsefer olarak çevrilmekte, günümüzde kullanım alanlarına baktığımızda “yol kılavuzu” anlamında kullanılmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2024). Hasta navigasyonu, toplumdaki sosyal yardıma kıyasla sağlık hizmetleri sisteminde “yönlendirme” anlamına gelir. Hasta navigasyonu, kronik hastalıkların bakımındaki eşitsizliklerini azaltmaya ve bakım engellerini ortadan kaldırmaya yönelik bir yaklaşımdır. Hasta navigasyonu, hasta bakım süreci boyunca hasta, ailesi ve bakım vericiler için bakımın devamlılığını sağlama ve organize etme, rehberlik etme, bakım süreci boyunca bakım için engellerin (kişisel, lojistik ve sistemsel) aşılmasına yardımcı olan, hasta merkezli bir sağlık hizmeti sunum modelidir (Coskun ve ark., 2016; Krok-Schoen ve ark.,

2016). Hasta navigasyonu modelinin uygulanması, kanser hastalarına yardım etmede çok başarılı olmuştur ve bu model kronik rahatsızlıkları olan veya özel sağlık bakım hizmeti alması gereken hastalar içinde yeterli bilgi beceri geliştirmelerine yardımcı olmak üzere uyarlanmıştır. Bu uyarılama, navigasyonun geniş bir hasta kitlesine ulaşmasını sağlamıştır (Jeyathevan ve ark., 2017).

Navigatör Hemşire

Avustralya ve Amerika da kronik rahatsızlıkları olan kişiler için entegre bakımı değerlendiren navigatör rolü bakım modelleri geliştirilmiştir. Bu program, birincil ve ikincil sağlık hizmetleri aracılığıyla bakımı planlamada diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında multidisipliner sağlık bakımı sağlamak, hasta merkezli çalışmak, bakımın sürekliliğini artırmak ve gereksiz hastaneye yatışları önlemek amacıyla geliştirilmiştir (Ludman ve ark., 2015). Sağlık hizmetlerinde çalışan birçok meslek grubu için (hemşire, sosyal hizmet uzmanı, sağlık eğitmenleri) kullanılabilir (Krok-Schoen ve ark., 2016). Navigatör hemşire kavramı, "hasta yönlendiricisi" ve "onkoloji hemşiresi yönlendirici rolleri" gibi başlıklar altında, hasta bakımını kolaylaştırmak ve hizmetteki mevcut boşlukları gidermeye yönelik roller olarak tanımlanmıştır (Trevillion ve ark., 2015). Onkoloji hastaları için navigatör hemşire kavramı ilk olarak navigatör hasta programında ortaya çıkmıştır (Shejila ve ark., 2015).

Navigatör hemşire; hastalar ve aileleri belirli tanı ve ilgili unsurlar dahilinde yönlendirir, eğitir, savunur ve teşvik eder. Bakım koordinatörü, öngörülen tedavi planının klinik bakımında boşluk kalmamasını ve tüm disiplinlerin hastanın bütüncül bakımı için iş birliği içerisinde olmasını sağlar. Tedavi önerileri içerisinde kemoterapi verildiğinde karmaşık bakımın yönlendirilmesi gerekli hale gelir (Case, 2011). Kanser tanılarındaki artışlara bağlı olarak kanserin önlenmesi ve erken tanısı ile kanser hastalarının yaşam kalitelerinin artırılması önem kazanmıştır (Nanjaiiah ve ark., 2017). Hastaların bu zorlu kriz sürecine olumlu bir şekilde uyum sağlayabilmeleri, yaşadıkları süreci doğru bir şekilde anlamaları ve etkili başa çıkma stratejileri geliştirmeleri büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, hastaların tanıdan tedaviye kadar olan tüm aşamalarda desteklenmesi, fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanması için profesyonel bir sağlık ekibinin varlığı gereklilik haline gelmiştir. Navigatör hemşirelik, hastaların bu karmaşık süreçte karşılaştıkları zorluklara yanıt verebilmek, tedavi süreçlerinde yaşadıkları belirsizlikleri azaltmak ve tedaviye uyumlarını artırmak, ihtiyaç duydukları rehberliği sağlayabilmek amacıyla geliştirilmiş bir

uzmanlık alanıdır (Toprak & Vural, 2016; Arnold & Boggs, 2015; Freeman & Rodriguez, 2011).

Navigatör hemşire, etkili bir iletişim ile hastalara gerekli olan bilgileri vererek onların endişelerini azaltmaktadır. Randevu tarihlerini düzenleyerek ve hastaneye ilk geldiklerinde nelerle karşılaşacaklarını açıklamaktadır. Bu süreç hemşirenin hastalık aşamaları, tedavi seçenekleri, semptom yönetimi ve destek kaynakları hakkında rehberlik yapma görevini başlatmaktadır (Toprak & Vural, 2016). Navigatör hemşire hastalarla sürekli ve yakın bir iletişim halinde olarak tedavi sürecinde ortaya çıkabilecek yan etkileri yönetme ve ortadan kaldırma konusunda hızlı ve etkili bir rol üstlenmiştir. Bu süreçte hastaların sağlık durumlarını sürekli izleyerek, tedaviye uyumlarını sağlama ve olası komplikasyonları erken tespit etme gibi görevleri yerine getirmiştir. Aynı zamanda, hastaların tedaviye verdikleri tepkileri gözlemek ve ilaçların doğru ve zamanında kullanımını sağlamak da rutin sorumlulukları arasında yer almaktadır. Navigatör hemşire, bu kapsamlı görevleri sayesinde, hastaların tedavi sürecini daha güvenli ve etkili bir şekilde geçirmelerine yardımcı olurlar ve tedavi sonuçlarını olumlu yönde etkileyecek önemli bir destek sağlar (Toprak & Vural, 2016; Hoelz ve ark., 2007). Amerikan Cerrahlar Derneği (American College of Surgeons) tarafından 2015 yılına kadar ABD'deki tüm kanser programlarının bir hasta navigasyonu sürecine sahip olması gerektiğine dair kararname imzalanmıştır (Freeman, 2013). Navigatör hemşirenin kanser tarama oranlarını artırdığı, anormal tarama testlerinden sonra takiplerin düzenli şekilde yapıldığı ve genel olarak kanser bakım sonuçlarını, tedavi süresini ve yaşam kalitesini iyileştirdiği kanıtlanmıştır (Krok-Schoen ve ark., 2016). Sağlık ekibinin teşvik ve önerileri hastaları güçlendirmek için kritik öneme sahiptir. Navigatör hemşire hastayı yetkilendirme ve hastalara pasif bir bakım alıcısı olmaktansa sağlık hizmetlerinde aktif bir ortak olmaya geçme becerilerini ve güvenini geliştirme fırsatları ve bilgileri sağlama sürecini sağlamıştır (Ludman ve ark., 2015).

Navigatör Hemşirenin Roller

Navigatör hemşire hasta merkezli durum yönetimi yaparken uygun ve erişilebilir bakımın sürekliliğini sağlar. Hastalıkta bakımın sürdürülmesinde sorumluluk alabilen hasta ve aileyi destekleyen alanlarda özelleşmiş hemşiredir. Navigatör hemşire hasta ve aile merkezli bakım planlayarak ve çeşitli sektörlerle iş birliği yaparak hasta bakım sonuçlarında önemli bir rol oynamaktadır. Hastalar ve aileleri ile multidisipliner sağlık ekibi, hastane ve toplum arasında köprü oluşturmaktadır (McMurray & Cooper, 2017; Jeyathevan ve ark., 2017).

Navigatör hemşire, hastaların sağlık yolculuğunu desteklerken eğitici, yönetici, işbirlikçi, savunucu, araştırmacı, yönlendirici ve bakım verici rolleri üstlenerek bütüncül bir hasta bakımı sağlarlar (Şekil 1). Navigatör hemşire rolü, sağlık bakımı yapılanması ve sunumundaki değişiklikler nedeniyle sağlık ekibinin bir parçası olarak hızla genişlemiştir (Trevillion ve ark., 2015). Rollerinin ana odak noktası insanların karar verme kapasitesini geliştirerek bakım geçişlerini iyileştirmektir. Kendi ihtiyaçlarını karşılamaya en uygun şekilde sağlık ve sosyal hizmetlerin karmaşıklıklarını aşmayı öğrenirken özyönetim sağlamıştır (Jeyathevan ve ark., 2017).

Navigatör hemşirenin rollerinin sürekli olarak gelişmesi, sağlık uzmanları ile arasındaki düzenli işbirliğine ve iletişime bağlıdır (Jeyathevan ve ark., 2017). Bu bağlamda, navigatör hemşirenin kadın sağlığı alanında çeşitli önemli işlevleri ortaya çıkmaktadır. Toplum sağlığı çalışanları kadınları sağlık hizmetlerine yönlendirme ve rutin taramalarını yapma konusunda etkili olabilmekteyken, uzmanlaşmış navigatör hemşire daha hedeflenmiş bakım süreçlerini ve sonuçlarını optimize etme kapasitesine sahiptir (Berrien ve ark., 2015). Obstetrik bakımda karşılaşılan yaygın hasta endişeleri arasında uzun bekleme süreleri, aceleci personel ve yetersiz bireyselleştirilmiş bakım yer almaktadır. Navigatör hemşire prenatal ziyaretlerin planlanması, bakım sürekliliğinin sağlanması, prenatal sağlık eğitimi verilmesi, emzirme desteği sunulması ve hastaların pediatrik bakımına yönelik kritik destek sağlayabilir. Ayrıca doğum sonrası bakım, kontrasepsiyon, aşılar ve sağlık taramalarının yapılmasını destekleyebilir. Riskli gebeliklerde maternal, fetal veya pediatrik uzmanlara yönlendirme yaparken lojistik zorlukları aşarak önemli faydalar sağlayabilir (Yee ve ark., 2017).

Kadınların jinekolojik sorunlarına yönelik de navigatör hemşirenin önemli katkıları mümkündür. Acil servisteki jinekolojik bakımın uygun ve zamanında ayaktan takibini sağlama, ayakta tedavi ortamında tanısal testlerin yapılması, önerilen takip ve tedavi planlarının uygulanması ve gerekli preoperatif değerlendirmelerin yapılmasına yardımcı olabilirler. Aile planlamasında yeni kontraseptif yöntemlerin doğru kullanılmasına yönelik destek sunarak kritik bir rol üstlenir. Kürtaj bakımı sosyal, finansal ve yasal engeller nedeniyle navigasyon hizmetlerine derinlemesine ihtiyaç duyulan bir alandır. Navigatör hemşire de hastalar üzerindeki yükü azaltabilir, hizmetlere erişim süresini kısaltabilir ve istenen bakımı alma olasılığını artırabilir (McKenney ve ark., 2018).



Şekil 1. Navigatör Hemşirenin Rollerini

Dünya’da ve Türkiye’de Kadın Sağlığı Alanında Yapılan Navigatör Hemşirelik Çalışmaları

Amerika da Wagner ve arkadaşları (2014) tarafından yürütülen randomize kontrollü bir çalışmada (RKÇ) yeni tanı almış meme, kolorektal ve akciğer kanserli hastalar dört ay boyunca navigatör hemşire müdahalesi almış ve yaşam kalitesi ile bakım deneyimine etkisini incelenmiştir. Kontrol grubu ise, yalnızca birinci basamak hizmetlerine başvuran ve konsültasyon alan hastalardan oluşmuştur. Navigatör hemşirelik desteği alan girişim grubunda kontrol grubuna kıyasla hastaların tedavi ve bakım süreçleri daha planlı yürütülmüş, hastaların sağlık durumları hakkında daha bilinçli olduğu ve duygusal destek almaları nedeniyle karşılaştıkları sorunlar azalmıştır (Wagner ve ark., 2014).

Baliski ve ark.’nın (2014) erken evre meme kanseri tanısı almış hastalarda yaptıkları prospektif bir çalışmada, navigatörler operasyon randevu süresini ortalama dokuz gün azaltmıştır (Baliski ve ark., 2014). Sullivan ve ark. (2015), HIV pozitif siyahi kadınlarda yaptıkları niteliksel bir çalışmada, navigasyon yoluyla hastalarla iletişim kurmayı ve bu iletişimi sürdürmeyi hedeflemiştir. Bu amaçla ruh sağlığı eğitimi içeren bir "iyileştirme rehberi" oluşturulmuştur. Navigatör hemşire tarafından katılımcılarla yarı yapılandırılmış sorular ile telefon görüşmesi yapılmıştır. Görüşme sonucunda kadınların navigatör hemşire ile yaşadıkları deneyimlerin çoğu olumlu bulunmuştur. HIV pozitif kadınlarda navigatör hemşirelik modelinin, hasta navigasyonuna yönelik umut verici bir yaklaşım olduğunu ortaya koymuştur (Sullivan ve ark., 2015).

Saltbæk ve ark.’nın (2019) yaptığı pilot çalışma’da uzman hemşire liderliğinde yapılan MyHealth programının meme kanserli hastalarda semptom yönetimindeki etkinliğini değerlendirmiş ve uzman hemşire tarafından yürütülen MyHealth programının erken evre meme kanserli kadınlarda etkili olduğu, aynı zamanda uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğunu göstermiştir (Saltbæk ve ark., 2019). Berezowska ve ark. (2021) tarafından over, vulva,

endometrium, melanom, akciğer ve böbrek kanseri kadın hastalarda hasta navigasyonu üzerine yürütülen RKÇ da (girişim n:42; kontrol n:47) hasta navigasyonunun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sıkıntı, öz bakım bilgisi, öz yeterlilik, memnuniyet ve sağlık hizmeti kullanımına etkisini incelemiştir. Gruplar arasında yaşam kalitesinde anlamlı fark bulunmaz iken destekleyici kanser bakımı kullanımı kontrol grubuna göre girişim grubunda nispeten daha düşük bulunmuştur. Ayrıca hasta navigatörü danışan katılımcıların daha yüksek öz-yeterlilik ve tatmin seviyelerine sahip olduklarını görülmüştür (Berezowska ve ark., 2021).

Zwingerman ve ark. (2020), Kanada da üçüncü basamak kanser sağlık merkezinde üreme çağındaki kanser teşhisi konmuş kadınlarda yaptığı pilot çalışmada fertilitenin korunması bilgi ve hizmetlerine erişimi artırmayı amaçlayan tele-medikal ve yerinde onkofertilite navigatör hemşirelik programı geliştirmiştir. Program, üçüncü basamak sağlık merkezinden birinci basamak sağlık merkezi arasındaki uzak mesafe nedeniyle iki merkez arasında multidisipliner bir onkofertilite ekibinin oluşturulmasına ve seyahat ihtiyacını en aza indirmek için tele-tıbbi kullanarak acil onkofertilite bakımı için bir yol haritası oluşturmuştur. Onkofertilite, “kanserden sağ kurtulanlar için doğurganlık seçeneklerini genişleten onkoloji ve üreme tıbbının kesiştiği disiplinler arası bir alandır. Çalışma sonucu, onkofertilite navigatör hemşire pozisyonunun jinekolojik uzmanlık ve tele-tıp kullanarak minimum seyahat gereksinimiyle fertilitite koruma hizmetlerine erişimi sağlayabileceğini göstermiştir. Kanser merkezleri, hemşireler ve özellikle navigatör hemşireleri onkofertilite danışmanlığı için eğitmelidir (Zwingerman ve ark., 2020).

Mertz ve ark. ’nın (2017) yaptığı RKÇ’da, meme kanseri tedavisi görmüş orta ile şiddetli psikolojik ve fiziksel semptomlar yaşayan kadınlarda navigatör hemşire müdahalesinin uygulanabilirliğini ve etkinliğini incelemiştir. Girişim grubuna navigatör hemşire tarafından standart hemşirelik bakımı ve semptom yönetimi danışmanlığı yapılmış, kontrol grubuna ise hastanede standart hemşirelik bakımı verilmiştir. Sonuç olarak bireysel navigatör hemşire müdahalesinin 6 ay sonra önemli bir etkisi gözlemlenmezken, 12 ay sonra sıkıntı, kaygı ve depresyon düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı azalma görülmüştür. Araştırma sonucu navigatör hemşirelerin savunmasız hastalara rehabilitasyon geliştirmede yardımcı olabileceğini düşündürmüştür (Mertz ve ark., 2017).

George & Batra (2022), 30-60 yaş grubundaki serviks kanseri 419 kadın (girişim n=246; kontrol n=173) ile yaptığı RKÇ’da navigatör hemşire müdahale

programının rutin muayeneye karşı kadınların serviks kanseri tarama davranışını değerlendirmiştir. Navigatör hemşire girişim grubuna pap smear için navigasyon takip ziyaretleri yapmış ve sonuç olarak kadınların serviks kanseri tarama davranışını iyileştirmede etkili olmuştur (George & Batra, 2022).

Navigatör hemşirenin rollerinden biriside semptom yönetimidir. Onkolojide semptom yönetimi; radyoterapi ve kemoterapinin neden olduğu sorunları azaltılmayı, bireylerin hastalığa ve tedaviye uyumunu ve fonksiyonel durumunu artırmayı, psikolojik durumu ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi amaçlar (Mertz ve ark.,2017). İnciser Paşalak (2020) kemoterapi alan jinekolojik kanserli kadınlarda yaptığı RKÇ'da (girişim n:21, kontrol n:20) semptom yönetim modeline göre geliştirilen semptom yönetimi programının yaşam kalitesi ve kemoterapi süresince yaşayabilecekleri semptomların şiddet/sıklığı üzerindeki etkisini incelemiştir. Tüm hastalara ilk yüz yüze görüşmede kemoterapi tedavisi ve semptomlarına yönelik eğitim ve klinik rehberler baz alınarak araştırmacı tarafından hazırlanmış kemoterapi eğitim kitapçığı verilmiştir. Rutin bakıma karşı girişim grubuna uygulanan semptom yönetim modeli tedavi ortası ve sonunda kadınların yaşam kalitesini artırmıştır (İnciser Paşalak, 2020).

Yee ve ark. (2017), doğum sonrası 18 yaş üstü 315 kadın (girişim:218; kontrol n: 97) ile yaptığı prospektif gözlemsel bir çalışmada, rutin bakıma karşı hasta navigasyon programının doğum sonrası bakım oranlarına etkisini incelemiştir. Girişim grubuna navigatör personel tarafından doğum sonrası randevuları hatırlatma ve aynı zamanda doğum sonrası eğitimler (kontrasepsiyon, emzirme vb.) almasını sağlamıştır. Çalışma sonucunda navigasyon programının doğum sonrası bakım devam oranını, doğum kontrolü, depresyon taraması ve aşılama sıklığının iyileşmesinde etkili olmuştur (Yee ve ark.,2017).

Öztoprak ve ark. (2023), ≥ 36 gebelik hafta olan 64 primipar gebe kadınla (girişim n:32; kontrol n: 32) yaptığı RKÇ'da; rutin bakıma karşı navigatör hemşire müdahale programının doğum sonrası annelerin öz bakım becerisi, yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon riski ve fiziksel semptomların şiddeti üzerine etkisini incelemiştir. Girişim grubuna doğum sırasında ve doğum sonrası dönemde standart hastane bakımının yanı sıra üç ev ziyareti, dört telefon görüşmesi ve beş kısa mesajdan oluşan müdahale yapılmış ve çalışma sonucunda navigasyon müdahale programının anne sağlığını iyileştirme sağlamıştır (Öztoprak ve ark.,2023).

Amerika'da Kominiarek ve ark. (2019) tarafından gebe ve doğum sonrası kadınlarda hasta navigasyonu üzerine yürütülen RKÇ'da (girişim n:152; kontrol

n:159) hasta navigasyonu programının kadınların doğum sonrası kilo yönetiminde etkili olup olmadığı değerlendirilmiştir. Girişim grubuna kilo kontrolü konusunda destek sağlama, randevularını takip etme, yaşam tarzı değişiklikleri konusunda danışmanlık desteği verilirken kontrol grubuna herhangi bir müdahale uygulanmamıştır. Araştırma sonucunda hasta navigasyonun kadınların sağlık hizmetlerini kullanımını attırdığını fakat doğum sonrası erken dönemde (12 haftaya kadar) veya doğum sonrası ilk yılda doğum sonrası kilo yönetiminde etkin olmadığı belirlenmiştir (Kominiarek ve ark.,2019).

Martinez ve ark. (2022), doğum sonrası 474 kadınla (girişim:218; kontrol n:256) yaptığı prospektif kohort çalışmasında, antenatal depresif semptomları olan kadınlar için postpartum hasta navigasyon programının postpartum bakıma katılımını değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda doğum sonrası hasta navigasyon programına dahil edilen kadınlarda doğum sonrası bakıma katılım oranlarında artışın olduğu belirlenmiştir (Martinez ve ark.,2022).

Tablo 1' de çalışmalar özet şeklinde gösterilmiştir.

Sonuçlar ve Öneriler

Navigatör hemşire programları üzerine yapılan literatür taramaları kadın sağlığı alanında teşhis, tedavi sürecinin zamanında tamamlanması, bakımın desteklenmesi ve sürekliliği, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesi gibi konularda olumlu sonuçlar elde ettiğini göstermiştir. Özellikle jinekolojik onkoloji ve kadın sağlığı alanında yapılan navigatör hemşire programı çalışmaları ve postpartum bakım üzerine yapılan navigatör hemşire programı çalışmaları öne çıkmaktadır. Hasta ve aileleri sağlık hizmetlerinden yararlanma sürecindeki engelleri aşabilmek için sürekli destek sağlayacak bir hemşire, savunucu veya yol göstericiye ihtiyaç duymaktadır. Hasta navigasyonunun onkolojik bakıma dahil edilmesinden bu yana hemşire araştırmacılar onkolojik navigatör hemşirelerin spesifik bakım sonuçlarının sağladığı yararları net bir şekilde tanımlamışlardır. Ülkemizde sağlık hizmetleri içinde navigatör hemşire programlarının bulunmaması ve bu programlarda standardizasyon eksiklikleri bu alandaki araştırmacılar için zorluklar yaratmaktadır. Bu bağlamda, navigatör hemşire programlarının etkinliğini artırmak ve standartlarını belirlemek adına daha fazla araştırma yapılması ve programların ülke genelinde uygulanabilirliğinin artırılması önerilmektedir.

Tablo 1: Dünya’da ve Türkiye’de Kadın Sağlığı Alanında Navigatör Hemşireliğin Kullanımı Üzerine Çalışmalar

Yazar & Yıl / Ülke	Amaç	Çalışma Değişkenleri	Araştırma tipi	Örneklem	Bulgular
Wagner ve ark., 2014 / Amerika	Yeni meme, kolorektal veya akciğer kanseri teşhisi konan kişilerde navigatör hemşire müdahalesinin yaşam kalitesi ve hasta deneyimine etkisini incelemektir.	Yaşam kalitesi	Randomize kontrollü çalışma (RKÇ)	Yeni meme, kolorektal veya akciğer kanseri teşhisi konan hastalar (girişim n: 133; kontrol n:118)	Verilen bakımla karşılaştırıldığında, seyirlerinin erken döneminde kanserli hastalar için hemşire navigatör desteği hasta deneyimini iyileştirir ve bakımdaki sorunları azaltır, ancak yaşam kalitesini farklı şekilde etkilemez.
Baliski ve ark.,2014 / Kanada	Hemşire navigasyonunun meme kanserli hastalara uygulanması, cerrahi tedavi için bekleme süresinde etkisini incelemektir.	Hemşire navigasyon modeli	Prospektif çalışma	Meme kanseri tanısı alan hastalar (girişim n: 97; kontrol n:100)	Hemşire navigasyonunun meme kanserli hastalara uygulanması, cerrahi tedavi için bekleme sürelerini azaltmada etkili görünmektedir.
Sullivan ve ark., 2015 / Amerika	Hemşire navigasyon modelinin HIV bakımında HIV pozitif siyahi kadınlar ile iletişim kurmayı ve korumayı hedeflemiştir.	Hemşire navigasyon modeli	Nitel çalışma	HIV pozitif siyahi kadınlar (N:21)	Hemşire navigasyon modeli, HIV ile yaşayan siyahi kadınlar için hasta navigasyonuna yönelik umut verici bir yaklaşımı olduğu belirtilmiştir.
Saltbæk ve ark., 2019 / Danimarka	MyHealth programının meme kanserli hastalarda semptom yönetimindeki etkinliğini değerlendirmektedir.	MyHealth programı	Pilot çalışma	Meme kanseri olan kadınlar (N:25)	Uzman hemşire tarafından yürütülen MyHealth programının erken evre meme kanserli kadınlarda etkili olduğu, aynı zamanda uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğunu göstermiştir.
Mertz ve ark., 2017 / Danimarka	Meme kanseri tedavisi görmüş orta ila şiddetli psikolojik ve fiziksel semptomlar yaşayan kadınlarda navigatör hemşire müdahalesinin uygulanabilirliğini ve etkinliğini değerlendirmektedir.	Navigatör hemşire bakımı	RKÇ	Meme kanseri tedavisi görmüş kadınlar (girişim n: 25; kontrol n:25)	Navigatör hemşirelerin savunmasız hastalara rehabilitasyon geliştirmede yardımcı olabileceğini düşündürmüştür.
George & Batra, 2022 / Hindistan	Navigatör hemşire müdahale programının kadınların serviks kanseri tarama davranışını iyileştirip iyileştirmediğini değerlendirmektedir.	Tarama, Tanı	RKÇ	30-60 yaş grubundaki kadınlar (girişim n: 246; kontrol n:173)	Navigatör hemşire müdahale programı kadınlar arasında serviks kanseri tarama davranışını iyileştirmede etkili olduğu belirtilmiştir
Zwingerman ve ark., 2020 / Kanada	Üçüncü basamak bir doğurganlık kliniğinden uzak yerlerde yaşayan yeni kanser teşhisi konan üreme çağındaki kadınlar için fertilitenin korunması bilgilerine ve hizmetlerine erişimi artırmayı amaçlayan 1 yıllık bir pilot programı incelemektedir.	Onkofertilite navigatör hemşire bakımı	Pilot çalışma	Üreme çağındaki olan kanser tanısı alan kadınlar (N:22)	4 kadın doğurganlığın korunması danışmanlığı aldı ve iki kadın oosit veya embriyo kriyoprezervasyonu uyguladı. Onkofertilite navigatör hemşire pozisyonu, yerel jinekolojik uzmanlık ve tele-tıp kullanarak minimum seyahat ihtiyacı ile doğurganlığın korunması hizmetlerine erişim sağlayabilir.

Berezowska ve ark., 2021 / Hollanda	Hasta navigasyonunun sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sıkıntı, öz bakım bilgisi, öz yeterlilik, memnuniyet ve sağlık hizmeti kullanımına etkisini incelemektir.	Yaşam kalitesi, sıkıntı, öz bakım bilgisi, öz yeterlilik, memnuniyet ve sağlık hizmeti kullanımı	RKÇ	Yeni over, vulva, endometrium, melanom, akciğer, böbrek kanseri teşhisi konan hastalar (girişim n:42; kontrol n:47)	Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi durumunda müdahale (n=42) ile kontrol grubu (n=47) arasında anlamlı bir fark gözlenmedi. Destekleyici kanser bakımı tüketimi hem müdahale hem de kontrol grubu için düşüktü, ancak müdahale grubu için nispeten daha düşüktü. Ayrıca, hasta navigatörü danışan katılımcıların daha yüksek öz-yeterlilik ve tatmin seviyelerine sahip oldukları görüldü. Primipar annelere yapılan navigasyon müdahale programının anne sağlığını iyileştirdiği gözlemlenmiştir.
Öztoprak ve ark., 2023 /Türkiye	Navigatör hemşire müdahale programının doğum sonrası annelerin öz bakım becerisi, yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon riski ve fiziksel semptomların şiddeti üzerine etkilerini belirlemeye çalışmıştır.	öz bakım becerisi, yaşam kalitesi, anksiyete, depresyon riski ve fiziksel semptomların şiddeti	RKÇ	≥36 gebelik haftasında olan primipar gebeler (girişim n:32; kontrol n:32)	Primipar annelere yapılan navigasyon müdahale programının anne sağlığını iyileştirdiği gözlemlenmiştir.
İnciser Paşalak, 2020/ Türkiye	Semptom yönetim modeline göre geliştirilen semptom yönetimi programının yaşam kalitesi ve kemoterapi süresince yaşayabilecekleri semptomların şiddet/sıklığı üzerindeki etkisini incelemektir.	Semptom yönetim modeli	RKÇ	Kemoterapi alan jinekolojik kanserli kadınlar (girişim n:21, kontrol n:20)	Rutin bakıma karşı girişim grubuna uygulanan semptom yönetim modeli tedavi ortası ve sonunda kadınların yaşam kalitesini artırmıştır.
Yee ve ark.,2017 / Amerika	Hasta navigasyon programının kadınların doğum sonrası bakım oranlarını artırmada etkili olup olmadığını değerlendirmektir.	Navigating New Motherhood programı	Prospektif çalışma	Doğum sonrası kadınlar (girişim n:218; kontrol n:97)	Doğum sonrası bir navigasyon programının uygulanması, rutin doğum sonrası bakımda devam oranının ve doğum kontrolü, depresyon taraması ve aşılama sıklığının iyileşmesinde etkili olduğu bulunmuştur.
Kominiarek ve ark.,2019 / Amerika	Hasta navigasyonu programının kadınların doğum sonrası kilo yönetiminde etkili olup olmadığını değerlendirmektir.	Hasta Navigasyon programı	RKÇ	Doğum sonrası kadınlar (girişim n:152; kontrol n:159)	Hasta navigasyonun kadınların sağlık hizmetlerini kullanımını attırdığını; fakat doğum sonrası erken dönemde (12 haftaya kadar) veya doğum sonrası ilk yılda doğum sonrası kilo yönetiminde etkin olmadığı belirlenmiştir.
Martinez ve ark.,2022 / Amerika	Antenatal depresif semptomları olan kadınlar için postpartum hasta navigasyon programının postpartum bakıma katılmada etkili olup olmadığını değerlendirmeye çalışmıştır.	Hasta navigasyon programı	Prospektif çalışma	Doğum sonrası kadınlar (girişim n:218; kontrol n:256)	Doğum sonrası hasta navigasyon programına dahil edilen kadınlarda doğum sonrası bakıma katılım oranlarında artışın olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee

Approval: Literatür incelemesi yapılmış olup, kullanılan literatür, kaynaklar bölümünde gösterilmiştir

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir /kavram: SAD,ZD; Tasarım.; SAD,ZD; Danışmanlık: SAD,ZD; Analiz/Yorum: SAD,ZD; Kaynak tarama; SAD,ZD; Makalenin Yazımı: SAD,ZD; Eleştirel inceleme: ZD

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

KAYNAKLAR

- Arnold, E., & Boggs, K. (2015). *Interpersonal Relationships: professional communication skills for nurses* (7th ed.).
- Baliski, C., McGahan, C. E., Liberto, C. M., Broughton, S., Ellard, S., Taylor, M., Bates, J., & Lai, A. (2014). Influence of nurse navigation on wait times for breast cancer care in a Canadian regional cancer center. *American Journal of Surgery*, 207(5), 686–692. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.01.002>
- Berezowska, A., Passchier, E., & Bleiker, E. (2021). Professional patient navigation in a hospital setting: a randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 29(4), 2111–2123. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05721-5>
- Berrien, K., Ollendorff, A., & Menard, M. K. (2015). Pregnancy medical home care pathways improve quality of perinatal care and birth outcomes. *North Carolina medical journal*, 76(4), 263–266. <https://doi.org/10.18043/nmc.76.4.263>
- Case, M. A. B. (2011). Oncology nurse navigator: ensuring safe passage. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(1), 33–40. <https://doi.org/10.1188/11.CJON.33-40>
- Coskun, H., Sentüre, Ç., & Kavakli, Ö. (2016). sağlık hizmetlerinde navigasyon uygulaması. *Medical Journal of Bakirkoy*, 12(4), 157–162. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB201612401>
- Freeman, H. P. (2013). The history, principles, and future of patient navigation: commentary. *seminars in oncology nursing*, 29(2), 72–75. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2013.02.002>
- Freeman, H. P., & Rodriguez, R. L. (2011). History and principles of patient navigation. *Cancer*, 117(SUPPL. 15), 3539–3542. <https://doi.org/10.1002/cncr.26262>
- George, T. J., & Batra, K. (2022). Effect of a community-based multicomponent intervention on cervical cancer behavior among women - A randomized controlled trial. *Journal of education and health promotion*, 11, 329. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1742_21
- Hoelz, T. M., Sladek, M. L., & Michaelson, P. L. (2007). Blending nursing roles in oncology and imaging: An innovative strategy. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 27–31. <https://doi.org/10.1188/07.ONF.27-31>
- Holsapple, S., & Jensen, M. (2014). A model program for patient navigation: using the justice system to offer a health care intervention to improve birth outcomes—understanding constrained choice and drug treatment court. *Journal of Applied Social Science*, 8(1), 41–60. <https://doi.org/10.1177/1936724413482902>
- İnciser Paşalak Ş(2020) . Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastalarda semptom yönetim modeli'nin etkinliğinin değerlendirilmesi [Yayımlanmamış doktora tezi]. Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Jeyathevan, G., Lemonde, M., & Cooper Brathwaite, A. (2017). The role of oncology nurse navigators in enhancing patient empowerment within the diagnostic phase for adult patients with lung cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27(2), 164–170. <https://doi.org/10.5737/23688076272164170>
- Kominiarek, M. A., Summerlin, S., Martinez, N. G., & Yee, L. M. (2019). postpartum patient navigation and postpartum weight retention. *AJP reports*, 9(3), e292–e297. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1694700>
- Krok-Schoen, J. L., Oliveri, J. M., & Paskett, E. D. (2016). Cancer care delivery and women's health: the role of patient navigation. *Frontiers in Oncology*, 6(2), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fonc.2016.00002>
- Ludman, E. J., McCorkle, R., Bowles, E. A., Rutter, C. M., Chubak, J., Tuzzio, L., Jones, S., Reid, R. J., Penfold, R., & Wagner, E. H. (2015). Do depressed newly diagnosed cancer patients differentially benefit from nurse navigation? *Gen Hosp Psychiatry*, 37(3), 236–239. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.02.008>
- Martinez, N. G., Yee, L. M., & Miller, E. S. (2022). Is postpartum patient navigation uniquely beneficial for women with antenatal depressive symptoms?. *American journal of perinatology*, 39(11), 1189–1195. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721696>
- McKenney, K. M., Martinez, N. G., & Yee, L. M. (2018). Patient navigation across the spectrum of women's health care in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(3), 280–286. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.08.009>
- McMurray, A., & Cooper, H. (2017). The nurse navigator: An evolving model of care. *Collegian*, 24(2), 2–8. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2016.01.002>
- Mertz, B. G., Dunn-Henriksen, A. K., Kroman, N., Johansen, C., Andersen, K. G., Andersson, M., Mathiesen, U. B., Vibe-Petersen, J., Dalton, S. O., & Envold Bidstrup, P. (2017). The effects of individually tailored nurse navigation for patients with newly diagnosed breast cancer: a randomized pilot study. *Acta Oncologica*, 56(12), 1682–1689. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2017.1358462>
- Nanjaiah, R., V., R., & Khan, M. A. (2017). Quality of life in gynaecologic cancer subjects attending a tertiary care

- centre. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 4(5), 1644–1651. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20171777>
- Oh, J., & Ahn, S. (2021). Effects of nurse navigators during the transition from cancer screening to the first treatment phase: a systematic review and meta-analysis. *Asian Nursing Research*, 15(5), 291–302. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2021.10.001>
- Öztoprak, P. U., Koç, G., & Erkaya, S. (2023). Evaluation of the effect of a nurse navigation program developed for postpartum mothers on maternal health: A randomized controlled study. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 40(5), 672–684. <https://doi.org/10.1111/phn.13226>
- Pautasso, F. F., De Medeiros Zelmanowicz, A., Dias Flores, C., Catalina, R., & Caregnato, A. (2018). Online *Revista Gaúcha de Enfermagem*
- Role of the Nurse Navigator: integrative review *Atuação do Nurse Navigator: revisão integrativa Actuación del Nurse Navigator: revisión integrativa. Rev Gaúcha Enferm*, 39, 1–10. www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem
- Saltbæk, L., Karlsen, R. V., Bidstrup, P. E., Høeg, B. L., Zoffmann, V., Horsbøl, T. A., Holländer, N. H., Svendsen, M. N., Christensen, H. G., Dalton, S. O., & Johansen, C. (2019). MyHealth: specialist nurse-led follow-up in breast cancer. A randomized controlled trial—development and feasibility. *Acta Oncologica*, 58(5), 619–626. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2018.1563717>
- Sharon, S. G. (2016). Overview of Professional Roles and Responsibilities. <https://www.jons-online.com/issues/2016/july-2016-vol-7-no-6/1457-overview-of-professional-roles-and-responsibilities>
- Shejila, C. H., Mamatha, S. P., & Donald, J. F. (2015). Oncology nurse navigator programme - a narrative Review. *Journal of Health and Allied Sciences NU*, 05(01), 103–107. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1703877>
- Sullivan, K. A., Schultz, K., Ramaiya, M., Berger, M., Parnell, H., & Quinlivan, E. B. (2015). Experiences of women of color with a nurse patient navigation program for linkage and engagement in HIV care. *AIDS Patient Care and STDs*, 29, S49–S54. <https://doi.org/10.1089/apc.2014.0279>
- Thygesen, M. K., Pedersen, B. D., Kragstrup, J., Wagner, L., & Mogensen, O. (2012). Gynecological cancer patients differentiated use of help from a nurse navigator: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12(168), 2–11. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-168>
- Toprak, F. Ü., & Vural, G. (2016). Jinekolojik onkolojide navigasyon ve navigatör hemşirenin rolleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 65–70.
- Trevillion, K., Singh-Carlson, S., Wong, F., & Sherriff, C. (2015). An evaluation report of the nurse navigator services for the breast cancer support program. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne de Nursing Oncologique*, 25(4), 409–414. <https://doi.org/10.5737/23688076254409414>
- Türk Dil Kurumu. (2024, 29 Ağustos). Türkçe Sözlük. <https://sozluk.gov.tr/>
- Wagner, E. H., Ludman, E. J., Aiello Bowles, E. J., Penfold, R., Reid, R. J., Rutter, C. M., Chubak, J., & McCorkle, R. (2014). Nurse navigators in early cancer care: A randomized, controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 32(1), 12–18. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.7359>
- Yee, L. M., Martinez, N. G., Nguyen, A. T., Hajjar, N., Chen, M. J., & Simon, M. A. (2017). Using a patient navigator to improve postpartum care in an urban women's health Clinic. *Obstetrics and gynecology*, 129(5), 925–933. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001977>
- Zwingerman, R., Melenchuk, K., McMahon, E., Liu, K. E., Siren, A., Laferriere, N., & Greenblatt, E. M. (2020). Expanding urgent oncofertility services for reproductive age women remote from a tertiary level fertility centre by use of telemedicine and an on-site nurse navigator. *Journal of Cancer Education*, 35(3), 515–521. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01490>

Derleme Makalesi/Review Article

Kürtajın Yasal ve Etik Boyutu

Ebru AYDIN¹, Nülüfer ERBİL², Hilal Gül BOYRAZ YANIK³, Hatice Nur NEFES PALA⁴

Legal and Ethical Dimension of Abortion

ÖZ

Kürtaj, dünya genelinde ilk uygulanmaya başladığından itibaren toplumsal, kültürel, etik, psikolojik, hukuki, tıbbi ve dini alanlarda tartışılan güncel bir konudur. Kürtajı engellemek için, bazı ülkelerde tamamen yasaklanmakta ya da ciddi kısıtlamalar getirilmektedir. Kürtajın yasak olduğu ülkelerde güvenli olmayan kürtaj uygulamalarına rastlanmakta ve güvenli kürtaja erişememe nedeniyle kadın morbidite ve mortaliteleri görülebilmektedir. Kürtaj, anne, baba ve fetüs açısından ele alınması gereken, tıbbi yönleri ile hekimin de sürece dahil olduğu etik bir ikilemdir. Kürtajda etik tartışmaların temel sorularından biri fetüsün ne zaman canlı olarak kabul edileceğidir. Bu tartışmalar daha çok kadının bedeni üzerindeki karar verme hakkı ile henüz kişilik kazanmamış fetüsün geleceğe dair yaşama hakkının çatışmasından kaynaklanmaktadır. Gebeliğin sonlandırılmasına ilişkin tek bir doğrudan bahsetmek mümkün değildir. Bu nedenle her olay kendi içinde değerlendirilmelidir. Kürtaj oranlarını azaltmak için kısıtlayıcı kanunlar yerine öncelikle istenmeyen gebeliklerin önüne geçilmelidir. Bunun için de aile planlaması yöntemleri ile ilgili eğitimlerin verilmesi ve bu yöntemlerin kullanımının yaygın hale getirilmesi gerekmektedir. Bu derlemede kürtajın yasal ve etik boyutunun incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler; Etik, fetüs, istemli düşük, kadın, kürtaj

ABSTRACT

Abortion is a current issue that has been debated in social, cultural, ethical, psychological, legal, medical and religious fields since it was first practiced around the world. In order to prevent abortion, some countries prohibit it completely or impose severe restrictions. In countries where abortion is prohibited, unsafe abortion practices are encountered and female morbidity and mortality can be seen due to inaccessibility to safe abortion. Abortion is an ethical dilemma that should be addressed from the perspective of the mother, father and fetus, and in which the physician is also involved in the process with its medical aspects. One of the fundamental questions of ethical discussions in abortion is when the fetus will be considered alive. These discussions mostly stem from the conflict between the woman's right to make decisions on her body and the fetus's right to live in the future, which has not yet acquired a personality. It is not possible to talk about a single right regarding the termination of pregnancy. Therefore, each case should be evaluated on its own merits. In order to reduce abortion rates, instead of restrictive laws, unwanted pregnancies should be prevented first. For this, education on family planning methods should be provided and the use of these methods should be made widespread. This review aims to examine the legal and ethical dimensions of abortion.

Keywords: Abortion, ethics, fetus, voluntary abortion, woman

¹ **Sorumlu Yazar;** Doktora Öğrencisi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ordu, e-mail: ebru_81@hotmail.com, **ORCID ID:** 0000-0002-6842-6935

² Prof. Dr., Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ordu, e-mail: nerbil@odu.edu.tr, **ORCID ID:** 0000-0003-3586-6237

³ Araş. Gör., Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ordu, e-mail: hilalgu195@gmail.com, **ORCID ID:** 0000-0003-1177-4004

⁴ Doktora Öğrencisi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ordu, e-mail: haticenur452@hotmail.com, **ORCID ID:** 0000-0002-5669-3745

Geliş Tarihi: 22.04.2024

Revizyon Tarihi: 27.07.2024

Kabul Tarihi: 25.11.2024

Online Yayın Tarihi: 30.11.2024

Atf/Citation: Aydın, E., Erbil, N., Boyraz Yanık, H., G. ve Nefes, Pala, H.,N. (2024). Kürtajın yasal ve etik boyutu. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10(3), 235-241.



This work is licensed under Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International

EXTENDED ABSTRACT

Abortion is an ethical dilemma that must be addressed from the perspective of the mother, father and fetus, and in which the physician is also involved in the process with its medical aspects. Abortion has been practiced since ancient times to end unwanted pregnancies. Although abortion has been practiced continuously throughout history, it has always been discussed in terms of legal and ethical aspects. The focus of these discussions is from when the fetus comes to life and is considered a living being. It is known that laws are decisive in ethical discussions regarding pregnancy termination. Legal approaches to abortion may differ for cultural, political, economic, medical or religious reasons. Legal limits regarding abortion in the world are largely based on consent. In order to prevent abortion, some countries completely ban abortion or impose serious restrictions. A complete ban or restriction on abortion may not lead to a decrease in pregnancy termination practices, but to an increase in dangerous and unsafe abortion operations. In countries where there are various prohibitions and social pressure, in the event of an unwanted pregnancy, women can terminate their pregnancies alone or with the help of unauthorized persons under adverse health conditions.

There are three different ethical perspectives on abortion. These are conservative, liberal and moderate approaches. The conservative approach definitely does not allow termination of pregnancy due to their views against abortion. Accordingly, in this approach, the fetus is considered a human from the moment of fertilization. The liberal approach, due to viewpoints that support abortion, argues that the fetus is a part of the woman's body until the limit of viability (when the fetus grows enough to live independently of the woman) and that all decisions regarding the fetus belong to the woman until this period. According to this approach, a living creature that cannot live independently of a woman is not considered killed. The moderate approach includes views between conservative and liberal approaches and emphasizes that the ethical boundary line for abortion should be drawn. This approach represents this approach by drawing boundaries on developmental periods such as detecting brain waves, implantation, detecting heartbeats, and the woman feeling the movements of the fetus in order for the fetus to be considered human. One of the fundamental questions of ethical discussions in abortion is from when the fetus will be considered alive. In this case, two extreme ideas are presented. One is that it will be considered alive from fertilization, the other is that it will be considered alive at birth. However, there are developmental stages that

can be taken as boundaries between these two extreme ideas. Many developmental stages such as implantation, detection of fetal cardiac activity, hearing heart sounds, fetal cortex starting to develop, voluntary movements of the fetus starting, the woman starting to feel fetal movements, and viability may be the limit for the fetus to be considered alive.

A well-functioning health system for quality and comprehensive abortion care includes many factors, including evidence-based policies, universal health coverage, a reliable supply of quality, affordable medical products and equipment, a sufficient number of health professionals providing abortion care within reach of patients, a variety of approaches to abortion care, providing safe and respectful abortion care for health professionals, training to support informed decision-making and interpret laws and policies governing abortion, support for health professionals and protection from stigma, and provision of contraception to prevent unwanted pregnancies. Since protecting both women's and fetal health is a priority in abortion practice, nurses have important roles. When a woman decides to have an abortion, nurses should be aware of ethical values and participate in abortion procedures and provide post-abortion care to the woman.

GİRİŞ

Gebeliği sonlandırmak için yapılan, tıbbi bir operasyon olan kürtaj, dünya genelinde ilk uygulanmaya başladığından itibaren toplumsal, kültürel, etik, psikolojik, hukuki, tıbbi ve dini alanlarda tartışılan güncel konulardan biridir (Elmas, 2022). Kürtaj, anne, baba ve fetüs açısından ele alınması gereken, tıbbi yönleri ile hekimin de sürece dahil olduğu etik bir ikilemdir. Gebeliğin sonlandırılmasına yönelik etik tartışmalarda yasaların belirleyici olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte etik ikilem yaratan durumlarda, yasalara uygun olsa bile kürtajın biçimi, nedeni ve sonlandırılma zamanının da değerler açısından önemli olduğu görülmektedir (Çobanoğlu ve Tunçay 2022).

Dünyanın birçok ülkesinde kürtajın yasal olup olmadığı, yasalarla düzenlenip düzenlenemeyeceği, kadın hakkı olup olmadığı, gebeliğin hangi haftasına kadar kabul edilebileceği, kadının kararı ile birlikte eşinin de rızasının gerekip gerekmediği ve feda edilenin bir hücre mi yoksa yaşama şansı olan bir birey mi olduğu tartışılmaktadır (Kurt ve Tunca 2016). Bu derlemede kürtajın yasal ve etik boyutunun incelenmesi amaçlanmıştır.

K ÜRTAJ

Kürtaj, istenmeyen gebeliklerin sonlandırılması amacıyla çok eski zamanlardan beri uygulanmaktadır (Coşkun, 2016). Çin’de M.Ö. 2700 yılına ait tıpla ilgili metinlerde kürtaj tekniklerinden bahsedilmektedir (Eryiğit-Bader, 2019). Dünyada her yıl yaklaşık 73 milyon indüklenmiş kürtaj gerçekleştirilmektedir. Yapılan bir araştırmada, dünyada 2015-2019 yılları arasında yılda 121 milyon istenmeyen gebelik olduğu tespit edilmiştir. İstenmeyen gebeliklerin %61’i kürtajla sonuçlanmıştır (Bearak ve ark. 2020). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılı verilerine göre, en az bir kere isteyerek düşüğü olan evlenmiş kadınların oranı %15’tir. Kadınların %48,7’si gebeliğin ilk ayında, %25,9’u ikinci ayında, %24,4’ü üçüncü ayında ve sonrasında isteyerek düşük yaptıklarını ifade etmişlerdir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü [HÜNEE], 2019).

Fetüs fertilizasyondan doğana kadar kadının bedeniyle bağlantılı yaşadığı için kadından bağımsız düşünülmemektedir. Doğuma kadar kadın bedeninin bir parçası olan fetüsün geleceğine dair kararların da kadın tarafından verilir ve verilemeyeceği tartışmalara yol açmıştır (Uyumaz ve Avcı 2016). Kadınların kürtaj kararı vermelerinin ardında sosyal, ekonomik, psikolojik ve tıbbi vb. birçok neden ve zorunluluk vardır. Kadınların hayatlarının hangi döneminde oldukları, daha önce çocuk sahibi olup olmadıkları gibi durumlar kürtaja başvurularının ardındaki nedenler arasında sayılmaktadır (Yılmazbilek, 2022). Kadınlar genellikle gebelik sürecinden kaçınmaktan daha çok, anne olmak istememeleri nedeniyle kürtaj kararı vermektedirler (Keskin, 2015). Yapılan bir araştırmada, kadının evli olmaması, kadının hayatının tehlikeye girmesi, tecavüz sonrası gebe kalması, fetüsün anomalili doğma ihtimalinin yüksek olması, çiftin daha fazla çocuk istememesi durumlarında kürtajın uygulanmasının onaylanabileceği saptanmıştır. Ayrıca aynı araştırmada, kadınların çoğu istenmeyen gebelik durumunda sağlık, eğitim, iş hayatı ve çevresi ile ilgili düşüncelerinin kürtaj olmanın önündeki engel olduğu görüşünü bildirmişlerdir (Koç ve ark. 2022).

Güvensiz Kürtaj

Kürtajı engellemek için bazı ülkeler kürtajı tamamen yasaklamakta ya da ciddi kısıtlamalar getirmektedir. Kürtajın tamamen yasaklanması ya da kısıtlanması gebeliği sonlandırma uygulamalarının azalmasına değil, tehlikeli ve güvenli olmayan kürtaj operasyonlarının artmasına neden olabilmektedir. Çeşitli yasaklamalar ve toplumsal baskının görüldüğü ülkelerde istenmeyen gebeliklerin varlığı halinde kadınlar, tek başlarına veya yetkili olmayan kişiler yardımıyla olumsuz sağlık koşullarında gebeliklerini sonlandırabilmektedirler. Dolayısıyla kısıtlayıcı kürtaj

kanunları, kürtaj oranını azaltmamaktadır (Çobanoğlu ve Tunçay 2022; Uyumaz ve Avcı 2016). Kürtaj yasalarının en az kısıtlayıcı olduğu ülkelerde güvenli kürtaj oranı %87 iken en kısıtlayıcı olduğu ülkelerde bu oran %25 olarak tespit edilmiştir (Singh ve ark. 2018).

Kürtaj, güvenli bir şekilde ve gerekli tüm önlemler alınarak yapıldığında hayatı tehdit edebilecek komplikasyonlar nadir ortaya çıkmaktadır. Yetkisiz kişiler tarafından güvenli olmayan yerlerde ve önerilmeyen yöntemler kullanılarak yapılan kürtajda ise komplikasyonlar yaygın görülmektedir. Bu komplikasyonlar arasında kanama, enfeksiyon, uterus perforasyonu, anesteziye bağlı komplikasyonlar ve uterus rüptürü yer almaktadır (World Health Organization [WHO], 2023a).

Kürtajın dünyada görülen önemli etkilerinden biri güvenli kürtaja erişilememe nedeniyle yaşanan kadın ölümleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Sabancılar-Eren, 2021). Dünyada her yıl anne ölümlerinin %7,9’unun güvenli olmayan kürtaj nedeniyle meydana geldiği tahmin edilmektedir (Say ve ark. 2014). Yapılan bir araştırmada, dünyada 2010-2015 yılları arasında her yıl kürtajların yaklaşık %45’inin güvenli olmadığı saptanmıştır. Güvenli olmayan kürtajların %97’si gelişmekte olan ülkelerde gerçekleştirilmiştir (Ganatra ve ark. 2017).

Güvenli kürtaj genellikle zenginlerin ayrıcalığı haline gelirken, yoksul kadınların güvenli olmayan ortamlarda yetkisiz kişilerin hizmetlerine başvurmadan veya güvenli olmayan yöntemler kullanarak kürtajı kendileri gerçekleştirmekten başka seçeneği yoktur, bu da halk sağlığı sisteminin sosyal ve mali sorumluluğu haline gelen mortalite ve morbiditeye yol açmaktadır (WHO, 2022).

KÜRTAJDA YASAL DURUM

Kürtaj, 1967 yılına kadar Danimarka ve İsveç hariç neredeyse bütün Batı demokrasilerinde yasaklanmış durumdaydı. Günümüzde halen sayısı azımsanmayacak kadar çok ülkede kürtaj uygulaması yasal değildir. Bunun yanı sıra bazılarında katı kısıtlamalar olmakla birlikte kürtajın yasal olduğu birçok ülke vardır (Elmas, 2022). 2017 yılı itibarıyla üreme çağındaki kadınların %42’sinin kürtajın oldukça kısıtlandığı 125 ülkede yaşadığı bilinmektedir (Singh ve ark. 2018). Bu ülkelerden El Salvador, Dominik Cumhuriyeti, Senegal ve Malta’da hiçbir nedenle kürtaja izin verilmemektedir (WHO, 2023b).

Kadınların gebeliği önleyici yöntemlere ulaşmalarının önündeki engelleri aşmak için verdikleri mücadele kapsamında 1967 tarihinde İngiltere’de kürtaj hakkı elde edilirken İngiltere’yi takiben sırası ile 1973, 1975,

1978, 1983 tarihlerinde ise Amerika Birleşik Devletleri (ABD), Fransa, İtalya ve Türkiye'de kürtaj hakkı elde edilmiştir (Taş, 2016).

Kürtajın yasaklanması güvenli olmayan kürtaj uygulamalarına, bu da kadın ölümlerine neden olduğu için kürtaj önce Batı toplumlarında, daha sonrada gelişmekte olan ülkelerde yasal bir hak olarak görülmeye başlanmıştır (Uyumaz ve Avcı 2016). Kürtaj uygulamasına ilişkin hukuki yaklaşımlar kültürel, siyasi, ekonomik, tıbbi veya dini nedenlerle farklılık gösterebilmektedir. Ülkelerin %32'si kadının isteği üzerine herhangi bir gerekçe göstermeksizin kürtaja müsaade etmektedir. Ülkelerin yaklaşık %82'sinde ise kadının hayatını kurtarmak için kürtaja izin verilmektedir. Ülkelerin %51'i fetal bir duruma göre kürtaja izin verirken %46'sı gebeliğin tecavüz sonucu olması durumunda izin vermektedir (Lavelanet ve ark. 2018).

Dünyada kürtaj ile ilgili hukuki sınırlar büyük oranlarda rızaya dayalı bir şekilde gerçekleşmektedir (Sabancılar-Eren, 2021). İsteğe bağlı kürtaj için yasal olan gebelik süresi Almanya, Belçika, Norveç ve Yunanistan'da 12 hafta, Fransa ve İspanya'da 14 hafta, İsveç'te 18 hafta, İngiltere'de 24 haftadır. ABD'de ise isteğe bağlı kürtaj uygulaması için her eyalet kendi düzenlemesini yapmaktadır (Uyumaz ve Avcı 2016; WHO, 2023b). Türk Ceza Kanunu'nun 99. maddesine göre gebeliğin 10. haftadan fazla olmaması ve kadının rızası olması koşuluyla uzman hekimlerce isteğe bağlı kürtaj yapılabilmektedir (Türk Ceza Kanunu [TCK], 2004).

Kürtaj ve Etik Yaklaşım

Kürtaj konusunda üç farklı etik bakış açısı bulunmaktadır. Bunlar muhafazakar, liberal ve ılımlı yaklaşımdır. Muhafazakar yaklaşım, kürtaja karşı olan bakış açıları nedeniyle kesinlikle gebeliğin sonlandırılmasına izin vermemektedir. Buna göre yaklaşımda fetüs döllenenmeden itibaren insan olarak kabul edilmektedir. Liberal yaklaşım, kürtaja destek olan bakış açıları nedeniyle viabilite (fetüsün kadından bağımsız yaşayabilecek kadar büyümesi) sınırına kadar fetüsün kadının bedeninin bir parçası olduğu ve bu süreye kadar fetüs ile ilgili tüm kararın kadına ait olduğunu savunmaktadır. Bu yaklaşıma göre kadından bağımsız yaşayamayan bir canlı öldürülmüş sayılmamaktadır (Çobanoğlu ve Tunçay 2022; Elmas, 2022). İlimli yaklaşım ise muhafazakar ve liberal yaklaşımların arasındaki görüşleri içermekte ve kürtaj için etik sınır çizgisinin çizilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Fetüsün insan olarak kabul edilmesi için beyin dalgalarının saptanması, implantasyon, kalp atımlarının saptanması, kadının fetüsün hareketlerini hissetmesi gibi gelişim dönemlerinin sınır çizilmesi bu yaklaşımı temsil etmektedir (Çobanoğlu ve Tunçay 2022).

Kürtajda etik tartışmaların temel sorularından biri fetüsün ne zamandan itibaren canlı olarak kabul edileceğidir. Bu durumda iki uç fikir sunulmaktadır. Biri döllenenmeden itibaren, diğeri doğumla birlikte canlı olarak kabul edileceği şeklindedir. Ancak bu iki uç fikir arasında sınır olarak alınabilecek gelişim basamakları bulunmaktadır. İmplantasyonun gerçekleşmesi, fetal kardiyak aktivitenin saptanması, kalp seslerinin duyulabilmesi, fetal korteksin gelişmeye başlaması, fetüsün istemli hareketlerinin başlaması, kadının fetal hareketleri hissetmeye başlaması, viabilite gibi birçok gelişim basamağı fetüsün canlı sayılması için sınır niteliğinde olabilmektedir. Tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmada "sizce fetüsün birey sayılması için sınır kaçınıcı hafta olmalıdır?" şeklindeki soruya öğrencilerin %32'si kalp atımlarının saptandığı zaman olan 6. hafta olarak cevap vermişlerdir (Çobanoğlu ve Tunçay 2022).

Kürtaj ve Etik İkilem

Geçmişten günümüze kadar kürtaj, tıbbi etiğin en çok tartışılan konularından birisidir. Bu tartışmaların çoğu kadının bedeni üzerindeki karar verme hakkı ile henüz kişilik kazanmamış fetüsün geleceğe dair yaşama hakkının çatışmasında hangi çıkarın üstün tutulacağına ilişkindir (Uyumaz ve Avcı 2016). Etik ilkeler ışığında fetüs, kadın bedeninden bağımsız olarak ele alındığında kadının bedeni üzerindeki karar verme hakkı daha baskın sayılırken; fetüs, kadın bedeninin bir parçası olarak ele alınırsa kürtaj bir bireyin yaşama hakkına müdahale olarak yorumlanmaktadır (Sabancılar-Eren, 2021). Türk Medeni Kanunu'nun 28. maddesinde "*Çocuk hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder*" hükmü ile fetüsün kişilik haklarından bahsedilmektedir (Türk Medeni Kanunu [TMK], 2001).

Kürtaj konusuyla ilgili etik ikilem yaratan durumlardan biri ailenin fetüsün anomalili olması nedeniyle gebeliği sonlandırmak istemesidir. Bu durum, fetüsün yaşama hakkı ile ailenin sağlıklı nesil yetiştirmek isteme hakkını karşı karşıya getirmektedir (Çobanoğlu ve Tunçay 2022). Türkiye'de Nüfus Planlaması Hakkında Kanun'a göre fetüsün anomalili olması durumunda kürtaja izin verilmekte ve gebeliğin haftasına ilişkin herhangi bir zaman sınırlaması getirilmemektedir (Nüfus Planlaması Hakkında Kanun, 1983).

Kürtaj konusunda bir diğer durum ise kadının suç mağduriyeti sonucu gebe kalmasıdır. Fetüs bir suç mağduriyeti sonucu olmuş olsa bile bu suçu kendisinin işlemediği açıktır. Ancak kadının bu gebelikten doğacak bebek ile sağlıklı bir ilişki kurması zor olabilmekte ve toplumsal statüsü olumsuz etkilenebilmektedir. Yine burada da fetüsün yaşama

hakki ile kadının özlük hakları arasında bir ikilem söz konusudur (Çobanoğlu ve Tunçay 2022). Türk Ceza Kanunu'na göre kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde gebeliğin 20. haftadan fazla olmaması koşuluyla isteğe bağlı kürtaj yapılmasına izin verilmektedir (TCK, 2004).

Kürtaj tartışmasında eşin rızası ayrı bir etik sorun oluşturmaktadır. Bu tartışma özellikle evlilik birliği içerisinde eşlerin birbirlerine karşı sorumlulukları çerçevesinde değerlendirildiğinde hukuki olarak beraber karar verilmesi gereken konulardan birisidir (Sabancılar-Eren, 2021). Türkiye dahil bazı ülkelerde kadınların isteğe bağlı kürtaj için eşlerinin iznini almaları gerekmektedir. Bu durum gebeliğin sonlandırılmasında eşin izninin aranmasının kadının bedeni üzerindeki karar verme hakkına bir sınırlama getirip getirmediği etik ikilemini ortaya çıkarmaktadır (Uyumaz ve Avcı 2016). Yasal olarak karar alma sürecinde evli kadının eşinin rızasına ihtiyacı olsa da asıl kararı alan ve bu kararın sonuçlarıyla birlikte yaşamak zorunda kalanın kadın olduğu görülmektedir (Yıldırım ve Ünal-Reşitoğlu 2020). Dolayısıyla gebe kadının kürtajı düşünmemesi durumunda babanın görüşünün ikinci planda kaldığı ve baba olma kararının verilmesinden çok anne olmayı istemenin daha baskın olduğu sonucuna varılmaktadır. Anne veya baba olmak için tek şansı olanlarda kürtaj uygulaması, çocuk sahibi olma hakkı ile çelişmektedir. Evliliğin olmaması halinde kürtaj için babadan izin alınıp alınmaması gerektiği konusu ise babalık hakları açısından etik sorunlar yaratmaktadır (Kurt ve Tunca 2016; Sabancılar-Eren, 2021; Uyumaz ve Avcı 2016).

Kürtaj, sağlık profesyonelleri için de etik açıdan tartışmalı bir konudur. Sağlık profesyonelleri vicdani gerekçelerle kürtaj sürecine katılmayı reddedebilmektedirler. Bu durum bireyin sağlık hizmeti alma hakkı ile ters düşmektedir. Kültürel ve toplumsal değerler, sağlık profesyonellerinin kürtaja karşı çıkmalarında güçlü bir etkiye sahiptir (Basanta ve ark. 2022; Ramsayer ve Fleming 2020). Yapılan bir araştırmada, kürtaj bakımında rol alan hemşirelerin ahlaki sıkıntı ve etik ikilem yaşadıkları saptanmıştır (Yang ve ark. 2016). Hemşirelerin dini inançları vicdani ret konusundaki görüşlerini etkilemektedir (Toro-Flores ve ark. 2017). Kişisel bir hak olarak kabul edilen vicdani ret, çeşitli mevzuatlar ve tıp etiği kuralları çerçevesinde geçerli olabilmektedir (Beca ve Astete 2015).

KÜRTAJ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Kaliteli ve kapsamlı kürtaj bakımı için iyi işleyen bir sağlık sistemi; kanıta dayalı politikalar, evrensel sağlık sigortası, kaliteli, uygun fiyatlı tıbbi ürün ve ekipmanların güvenilir bir şekilde tedarik edilmesi, yeterli sayıda sağlık çalışanının hastalara ulaşılabilir bir mesafede kürtaj bakımı sağlaması, kürtaj bakımının

çeşitli yaklaşımlarla sunulması, sağlık çalışanlarına güvenli ve saygılı kürtaj bakımı sağlamak, bilinçli karar vermeyi desteklemek ve kürtajı düzenleyen yasa ve politikaları yorumlamak üzerine eğitim verilmesi, sağlık çalışanlarının desteklenmesi ve damgalanmaya karşı korunması, istenmeyen gebelikleri önlemek için kontrasepsiyon sağlanması gibi birçok faktörü barındırmaktadır (WHO, 2024).

Kürtaj uygulamasında hem kadın sağlığının hem de fetüs sağlığının korunması öncelikli olduğu için hemşirelere önemli roller düşmektedir. Bu rolleri hemşirelerin yerine getirebilmeleri için kürtaj kararında etkili faktörleri ve kadının bu süreç içindeki duygu ve düşüncelerini farkında olmaları gerekmektedir. Kadınların bu süreçte hemşireler tarafından desteklenmeleri oldukça önemlidir. Hemşireler kürtaj kararı verme sırasında kadına danışmanlık vermeli, kadının alacağı kararda yanında bulunmalıdırlar. Kürtaj olacak kadınlara verilecek danışmanlık hizmetinde hemşireler kadınların fiziksel gereksinimleri kadar psikolojik gereksinimlerine de odaklanmalıdırlar. Kürtaj konusunda kadının hak ve sorumlulukları kadına verilecek danışmanlık hizmeti esnasında bildirilmelidir (Koç ve ark. 2022).

Kadının kürtaj kararı vermesinde hemşireler, etik değerleri farkında olarak kürtaj prosedürlerine katılmalı ve kürtaj sonrası kadının bakımını sağlamalıdırlar. Kürtaj öncesi ve sonrasında hemşirelik bakımının yetersiz olduğu durumlarda kadınlarda fiziksel problemler olabileceği gibi psikolojik ve sosyal olarak da sorunlar gerçekleşebilmektedir. Kürtaj sonrasında kadınların yaşayabileceği psikolojik problemleri bilip hemşirelerin kadınlara destek olmaları önemlidir (Koç ve ark. 2022). Hemşirelerin kürtaj işlemine katılmama haklarının olmaması ahlaki yükümlülük ile mesleki sorumluluk arasında ikileme düşmelerine neden olabilmektedir. Hemşireler, kürtaj konusundaki düşüncelerini farkına varmalı ve bunun kadına verecekleri bakımda olumlu-olumsuz etkilerini araştırmalıdırlar (Kaplan, 2022).

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee

Approval: Literatür incelemesi yapılmış olup, kullanılan literatür, kaynaklar bölümünde gösterilmiştir

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/kavram: EA, NE, HGB, HNNP; Tasarım: EA, NE, HGB, HNNP; Danışmanlık: EA, NE, HGB, HNNP; Analiz/Yorum: EA, NE; Kaynak tarama: EA, HGB, HNNP; Makalenin Yazımı: EA, NE, HGB, HNNP; Eleştirel inceleme: NE

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması belirtmemişlerdir.

KAYNAKLAR

- Basanta, S. F., Bouzas-Gonzalez, I., Coronado, C., & Movilla-Fernandez, M. J. (2022). Moral experiences in caring for voluntary pregnancy losses: A meta-ethnography. *Nursing Ethics*, 29(5), 1134-1151. doi: 10.1177/09697330221085769
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., ... Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: Estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet Global Health*, 8(9), 1-10. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6
- Beca, I. J. P., & Astete, A. C. (2015). Objeción de conciencia en la práctica médica (Conscientious objection in medical practice). *Revista Medica de Chile*, 143, 493-498. doi: 10.4067/S0034-98872015000400011
- Coşkun, A. M. (2016). Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı (2.bs). İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Çobanoğlu, N., ve Tunçay, G. Y. (2022). Tıp fakültesi öğrencilerinin kürtaj ile ilgili görüşleri (Gazi Üniversitesi Özelinde). *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(3), 969-983. doi: 10.37989/gumussagbil.1001080
- Elmas, A. B. Etik bir problem olarak kürtaj. 6. Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Kongresi, Muğla, Full Papers Congress E-Book; 2022, 766-772.
- Eryiğit Bader, A. (2019). Yahudilik Hristiyanlık ve İslam'da kürtaj. *Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2(1), 116-141.
- Ganatra, B., Gerdt, C., Rossier, C., Johnson, Jr B. R., Tunçalp, Ö., Assifi, A., ... Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: Estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390(10110), 2372-2381. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31794-4

- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Erişim adresi (17.02.2023): https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9Ft%C4%B1rmalar%2020raporlar/2018%20TNSA/TNSA2018_ana_Rapor_compressed.pdf
- Kaplan, E. (2022). Küretaj etkili doğum kontrolü ve etik. E. Akbaş (Ed.), *Sağlık & Bilim 2022: Hemşirelik-III içinde* (s. 125-130). İstanbul: Efe Akademi Yayınları.
- Keskin, İ. (2015). Kürtaj tartışmaları ve feminizm. *Fe Dergi*, 7(1), 85-95. doi: 10.1501/Fe0001_0000000133
- Koç, E., Bal, S., Yeşiltepe Oskay, Ü., ve Topatan, S. (2022). Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların küretaj konusunda düşüncelerinin belirlenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 15-21. doi: 10.54614/JMHS.2022.997695
- Kurt, E., ve Tunca, Y. (2016). Temel etik ilkeler çerçevesinde gebeliğin sonlandırılmasındaki etik ikilemlere bir bakış. *Haseki Tıp Bülteni*, 54(2), 57-61. doi: 10.4274/haseki.2850
- Lavelanet, A. F., Schlitt, S., Johnson, B. R., & Ganatra, B. (2018). Global abortion policies database: A descriptive analysis of the legal categories of lawful abortion. *BMC International Health and Human Rights*, 18(44), 1-10. doi: 10.1186/s12914-018-0183-1
- Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. (1983). T.C. Resmi Gazete, 18059, 27 Mayıs 1983.
- Ramsayer, B., & Fleming, V. (2020). Conscience and conscientious objection: The midwife's role in abortion services. *Nursing Ethics*, 27(8), 1645-1654. doi: 10.1177/0969733020928416
- Sabancılar Eren, S. (2021). Toplumsal cinsiyet, kadın bedeni ve kürtaj hakkı üzerine bir değerlendirme. *Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 89-101. doi: 10.51621/atakad.950066
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., ... Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323-e333. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2018). Abortion worldwide 2017: Uneven progress and unequal access. Retrieved from (31.07.2024): <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
- Taş, G. (2016). Feminizm üzerine genel bir değerlendirme: Kavramsal analizi, tarihsel süreçleri ve dönüşümleri. *Akademik Hassasiyetler*, 3(5), 163-175.
- Toro-Flores, R., Bravo-Agüi, P., Catalan-Gomez, M. V., Gonzalez-Hernando, M., Guijarro-Cenisergue, M. J., Moreno-Vazquez, M., ... Velasco-Sanz, T. R. (2017). Opinions of nurses regarding conscientious objection. *Nursing Ethics*, 26(4), 1027-1038. doi: 10.1177/0969733017731915
- Türk Ceza Kanunu. (2004). T.C. Resmi Gazete, 25611, 26 Eylül 2004.
- Türk Medeni Kanunu. (2001). T.C. Resmi Gazete, 24607, 8 Aralık 2001.
- Uyumaz, A., ve Avcı, Y. (2016). Türk Hukuku'nda gebeliğin sonlandırılması. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 7(1), 579-638. doi: 10.21492/inuhfd.239944

Kürtajın Yasal ve Etik Boyutu

- World Health Organization (WHO). (2024). Abortion. Retrieved from (31.07.2024): <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
- World Health Organization (WHO). (2022). Abortion care guideline. Retrieved from (31.07.2024): <https://srhr.org/abortioncare/>
- World Health Organization (WHO). (2023a). Clinical practice handbook for quality abortion care. Retrieved from (31.07.2024): <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/369488/9789240075207-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (WHO). (2023b). Global Abortion Policies Database. Retrieved from (17.02.2023): <https://abortion-policies.srhr.org/>
- Yang, C. F., Che, H. L., Hsieh, H. W., & Wu, S. M. (2016). Concealing emotions: Nurses' experiences with induced abortion care. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), 1444-1454. doi: 10.1111/jocn.13157
- Yıldırım, M., ve Ünal Reşitoğlu, H. (2020). Öznedenden nesneye itilme: Kadın deneyimi olarak kürtaj. *Akdeniz Kadın Çalışmaları ve Toplumsal Cinsiyet Dergisi*, 3(1), 102-128. doi: 10.33708/ktc.735313
- Yılmazbilek, M. (2022). Gönüllü çocuksuzluk ve kürtaj tartışmalarına feminist bakış. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 201-213. doi: 10.29228/mukatcad.18

Derleme Makalesi/Review Article

Kadına Yönelik Şiddette Yaşanılan Toplumsal Sorunlar,
Mücadele Stratejileri ve Hemşirenin Rolü

Yılmaz SARIBOĞA¹

Social Problems Experienced in Violence Against Women, Struggle Strategies and the Role of the Nurse

ÖZ

Kadına yönelik şiddet, tarih boyunca var olan ve toplumun genel refahını olumsuz etkileyen bir sorundur. Fiziksel, ekonomik, cinsel ve psikolojik olmak üzere çeşitli biçimlerde ortaya çıkar. Şiddetin temel kaynağı, kadın ve erkek arasındaki güç eşitsizliğidir ve ataerkil toplum yapısından doğar. Kadınların şiddete maruz kalma oranı yüksektir ve bu durum, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve ataerkilliğin devam ettiğini gösterir. Fiziksel, ekonomik, cinsel, psikolojik şiddet, flört şiddeti, mobbing gibi çeşitli türleri bulunur ve her biri kadının fiziksel sağlığı, psikolojik refahı ve ekonomik durumu üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Kadına yönelik şiddetle mücadelede, adalete erişim ve mevzuatın güçlendirilmesi, politika ve koordinasyon, koruyucu ve önleyici hizmetlerin sunumu, toplumsal farkındalığın artırılması, veri toplama ve istatistiklerin analizi gibi stratejiler benimsenmelidir. Bu stratejiler, şiddetin önlenmesi, mağdurların desteklenmesi ve şiddetin kabul edilemez olduğu konusunda toplumun genel bir uzlaşısının sağlanmasına yardımcı olur. Sağlık profesyonelleri, özellikle hemşireler, bu mücadelede önemli bir rol oynar. Hemşireler, kadına yönelik şiddette farkındalığı artırmak için düzenledikleri eğitim programları, toplumda şiddet konusunda farkındalık yaratmaya yardımcı olabilirler

Anahtar kelimeler; Cinsiyete dayalı şiddet, fiziksel şiddet, hemşirenin rolü, kadın sağlığı

ABSTRACT

Violence against women is a problem that has existed throughout history and negatively affects the general welfare of society. It takes various forms, including physical, economic, sexual and psychological. The main source of violence is the inequality of power between men and women and arises from the patriarchal social structure. The rate of women's exposure to violence is high and this shows that gender inequality and patriarchy persist. There are various types of violence, such as physical, economic, sexual, psychological violence, dating violence and, mobbing, all of which have negative impacts on women's physical health, psychological well-being and economic status. In combating violence against women, strategies such as access to justice and strengthening legislation, policy and coordination, provision of protective and preventive services, raising public awareness, data collection and analysis of statistics should be adopted. These strategies help to prevent violence, support victims and build a general public consensus that violence is unacceptable. Health professionals, especially nurses, play an important role in this struggle. Training programs organized by nurses to raise awareness about violence against women can help raise awareness about violence in society.

Key words; Bullying, gender-based violence, nurse's role, women's health

¹ **Sorumlu Yazar;** Uzm. Hemşire, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Van, Türkiye, **ORCID ID:** 0000-0001-6348-2797, **e-mail:** saribogayilmaz@gmail.com

Geliş Tarihi: 21.05.2024 **1. Revizyon:** 04.09.2024 **Kabul Tarihi:** 17.10.2024 **Online Yayın Tarihi:** 30.11.2024

Atf/Citation: Sariboga Y. (2024). Kadına yönelik şiddette yaşanan toplumsal sorunlar, mücadele stratejileri ve hemşirenin rolü. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 10 (3), 242-249.

Bu derleme 24-26 Nisan 2024 tarihinde düzenlenen 8.Uluslararası Adli Hemşirelik Kongresi'inde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

EXTENDED ABSTRACT

Violence in society is a problem that has existed throughout history. In 2002, the World Health Organization defined violence as the intentional use of physical force or threatening force against oneself, another person or a community in a way that can lead to physical or psychological harm, death, developmental problems or deprivation. Studies conducted by the World Health Organization (WHO) clearly show that women are the most exposed to violence (WHO, 2002). Violence is a form of the strong imposing its will on the weak and is based on unequal power relations. Violence against women manifests itself in various forms: emotional, verbal, economic, sexual and physical. Sexual violence exhibits the most brutal face of this type of violence (Dağcı S & Ören B, 2019). Violence against women can occur for various reasons and these reasons can be individual, familial, social or environmental. However, the main source of this violence is the power inequality between men and women arising from the patriarchal social structure (Seçkin, Arslan, & Selçuk Tarı, 2022).

According to a study conducted by the United Nations Development Program (UNDP) in 2020, the proportion of women aged 15 and over who experience physical and/or sexual violence by their partners varies across different regions. For example, in Europe and Central Asia it is approximately 28%, while in South Asia and Sub-Saharan Africa it reaches 31%. In Bangladesh, 52%, in Bolivia 59%, in Afghanistan 51% and in Turkey 38% of women experience such violence (UNDP, 2020). In addition, in the set of guidelines on combating violence against women published in 2023, "How do you seek your rights when you are subjected to violence?", "Roadmap for access to justice", "Health examination and rights-seeking process in cases of sexual assault", "Report violence against women, be a partner in the solution", the brochures include information on the steps women can take when seeking their rights, the institutions and organizations they can get help from, the paths to be followed by those who witness violence, the critical steps to be taken in cases of sexual assault and how to prepare a safety plan (UNDP, 2023). The latest large-scale violence against women survey conducted in Turkey reveals that 36% of women are subjected to physical violence, 44% to emotional violence, 12% to sexual violence and 30% to economic violence (Hacettepe, 2014). This situation leads to physical, emotional and economic harm to women and negatively affects the general welfare of society (Seçkin et al., 2022).

GİRİŞ

Toplumda şiddet, tarih boyunca var olan bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü, 2002 yılında şiddeti, fiziksel veya psikolojik zarara, ölüme, gelişim sorunlarına veya yoksunluğa yol açabilecek şekilde amaçlı olarak kendine, başkasına veya bir topluluğa karşı fiziksel güç veya kuvvetin tehdit edici biçimde kullanılması olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan çalışmalar, kadınların şiddete en çok maruz kalan taraf olduğunu açıkça göstermektedir (WHO, 2002). Şiddet, gücünün zayıfa iradesini dayatma biçimidir ve temelinde eşitsiz güç ilişkileri yatar. Kadına yönelik şiddet, duygusal, sözlü, ekonomik, cinsel ve fiziksel olmak üzere çeşitli biçimlerde kendini gösterir. Cinsel şiddet, bu tür şiddetin en acımasız yüzünü sergiler (Dağcı S & Ören B, 2019). Kadına yönelik şiddet, çeşitli sebeplerle ortaya çıkabilir ve bu sebepler bireysel, ailesel, toplumsal veya çevresel olabilir. Ancak, bu şiddetin temel kaynağı ataerkil toplum yapısından doğan kadın ve erkek arasındaki güç eşitsizliğidir (Seçkin et al., 2022).

Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) tarafından 2020 yılında yapılan bir araştırmaya göre, partnerleri tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddet gören 15 yaş ve üzeri kadınların oranları farklı bölgelerde değişmektedir. Örneğin, Avrupa ve Merkez Asya'da bu oran yaklaşık olarak %28'dir, Güney Asya ve Sahra Altı Afrika'da bu oran %31'e ulaşmaktadır. Bangladeş'te %52, Bolivya'da %59, Afganistan'da %51 ve Türkiye'de ise %38 kadın, bu tür şiddete maruz kalmaktadır (UNDP, 2020). Ayrıca 2023'te yayınlanan kadına yönelik şiddetle mücadele rehber setinde "Şiddete uğradığınızda hakkınızı nasıl ararsınız?", "Adalet erişim yol haritası", "Cinsel saldırı durumlarında sağlık muayenesi ve hak arama süreci", "Kadına yönelik şiddeti ihbar et, çözüme ortak ol" isimli broşürler, kadınların haklarını ararken atabilecekleri adımlar, yardım alabilecekleri kurum ve kuruluşlar, şiddete tanık olanların izlemesi gereken yollar, cinsel saldırı vakalarında atılması gereken kritik adımlar ve güvenlik planının nasıl hazırlanacağı gibi konularda bilgiler yer almaktadır (UNDP, 2023). Türkiye'de gerçekleştirilen son geniş çaplı kadına yönelik şiddet araştırması, kadınların %36'sının fiziksel, %44'ünün duygusal, %12'sinin cinsel ve %30'unun ekonomik şiddete maruz kaldığını ortaya koymaktadır (Hacettepe, 2014). Bu durum, kadınların fiziksel, duygusal ve ekonomik olarak zarar görmesine yol açar ve toplumun genel refahını olumsuz etkiler (Seçkin et al., 2022).

Çeşitli çalışmalar, kadına yönelik şiddetin temel nedenlerinin eşin ani öfkesi, maddi/ailevi sorunlar, kıskançlık, ekonomik sıkıntılar, ikili ilişkilerden

kaynaklı problemler ve psikolojik sorunlar olduğunu ortaya koymuştur (Çifçi & Yasemin, 2022; Genç, Altıparmak, & Gündüz Ustabaşı, 2019). Ayrıca, annesi şiddete maruz kalan çocukların psikolojik problemler yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Seyrek & Gencer, 2022). Toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik tutumların geliştirilmesi ve kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusundaki farkındalığın artması, şiddeti azaltmada önemli bir rol oynayabileceği saptanmıştır (Dikmen & Marakoğlu, 2019; Rukiye & Kılınçel, 2020).

Türkiyede yapılan çalışmalarda; genç yaşta evlilik, düşük eğitim düzeyi, alkol kullanımı, çocukluk travması veya istismar öyküsü, zorla evlendirilme, yoksulluk, sosyal destek eksikliği, istihdam fırsatlarının eksikliği; erkeğin kadın üzerindeki üstünlüğünün ve egemenliğinin kültürel kabulü, şiddetin kabulü, kültürel uygulamalar ve toplumsal düzeyde zayıf yasal yaptırımlar olarak belirlenmiştir (Tekkas Kerman & Betrus, 2020).

Kadına yönelik şiddet, ister özel ister kamusal alanda olsun, kadınlara acı veren, psikolojik ve cinsel zarar riski taşıyan, keyfi olarak veya zorlama yoluyla özgürlüklerini ellerinden alan her türlü davranışı içerir. Bu tür davranışlar, toplumsal cinsiyet temelli olup kadınların güvenliğini tehdit eder ve insan haklarına aykırıdır (Güler & Erbil, 2022). Kadına yönelik şiddetle mücadelede, eşitlikçi bir toplum yapısı ve bilinçli bir toplumun desteği önemlidir (Seçkin et al., 2022).

Bu makale, kadına yönelik şiddet konusundaki toplumsal sorunları tanımlamayı, mücadele stratejilerini incelemeyi ve hemşirelerin bu alandaki rolünü vurgulamayı amaçlamaktadır.

KADINA YÖNELİK ŞİDDET TÜRLERİ

Fiziksel Şiddet: Kadınlara yaptırım, korkutma ve baskı amacıyla kaba kuvvetin kullanılmasını içeren bir davranış biçimidir. Vurarak, iterek, tekmeleyerek, yumruklayarak, boğarak, ısırarak, eşya fırlatarak veya yaralayarak, sonunda ölümlü sonuçlanabilen bir eylemi içeren fiziksel şiddet, pasif olmayan, amaçlı ve acı verici bir niteliğe sahiptir. Bu tür şiddetin dışsal ve gözlemlenebilir nitelikleri, intihal gibi içsel süreçlerden daha kolay fark edilebilir (Akgül & Uğurlu, 2021; MORÇATI, 2024b; WHO, 2024).

Ekonomik Şiddet: Paranın ve diğer ekonomik kaynakların kadınlar üzerinde kontrol, baskı ve tehdit aracı olarak kullanılması şeklinde tanımlanır. Bu, kadınların finansal bağımsızlığını ve karar alma yeteneklerini engelleyen bir davranış biçimidir (Akgül & Uğurlu, 2021). Kadının çalışmasına engel olmak, istemediği işte zorla çalıştırmak, harcamalarını kısıtlatmak, gelirini elinden almak, az para vererek çok şey

beklemek, kadının kendini geliştirecek etkinlikleri engellemek, iş yerinde olay yaratmak suretiyle kadının işten atılmasına neden olmak yer almaktadır (Şahin & Avcı Başboğa Nihal, 2023).

Cinsel Şiddet: Cinsel şiddet, cinselliğin kadını sindirme, korkutma ve tehdit etme amacıyla kullanılması şeklinde tanımlanır. Kaba güç kullanarak cinsel ilişkiye zorlamak, cinsellikle cezalandırmak, kadını bir cinsel nesne gibi görmek, zorla pornografik içerikleri izletmek, istenmeyen sayıda çocuk doğurmaya veya kürtaj olmaya zorlamak, cinsel organlarına zarar vermek, cinsel özelliğini aşağılamak taciz ve tecavüz gibi davranışları içerir (Akgül & Uğurlu, 2021; Şahin & Avcı Başboğa Nihal, 2023).

Psikolojik Şiddet: Bir kadına duygusal veya zihinsel zarar vermek amacıyla yapılan bir dizi davranışı içermesine denir. Kadına bağırarak, hakaret etmek, aşağılamak, diğer kadınlarla kıyaslamak, zarar vermek veya öldürmekle tehdit etmek, diğer insanlarla veya ailesiyle ilişkilerini kısıtlamak, kişisel gelişimine engel olmak, yaşadığı şiddeti kendi sorumluluğu olarak görmek, kültürel farklılıklarını reddetmek ve bastırmaya çalışmak şeklindedir (Akgül & Uğurlu, 2021; Şahin & Avcı Başboğa Nihal, 2023).

Tek Taraflı Israrlı Takip: Israrlı takip, kişinin özgürlüğünü ve güvenliğini tehdit eden, istenmeyen ve sıkıntı verici bir dizi davranıştır. Bu davranışlar arasında sürekli izleme, istenmeyen iletişim kurma, asılsız dedikodular yayma ve duygusal manipülasyon bulunur. Mağdurun yaşam alanlarına izinsiz giriş yapma veya zarar verme de dahil olmak üzere, mağduru korkutmayı, endişelendirmeyi ve kontrol altına almayı amaçlar (Kadın Dayanışma Vakfı, 2024).

Flört şiddeti: Flört şiddeti, bir ilişkide partnerin fiziksel, cinsel, psikolojik ve dijital şiddet içeren davranışlarda bulunmasıdır. Bu tür şiddet, partnerin egemenlik kurma ve kontrol etme amaçlarıyla gerçekleştirilir. Özellikle 13-23 yaş aralığında flört ilişkilerinde sıkça görülen bir şiddet türüdür. Flört şiddetine maruz kalan kişiler genellikle kendilerini güçsüz hissederler ve şiddetin adını koymakta zorlanabilirler (MORÇATI, 2024a). Flört şiddetinin bazı formları içerisinde;

- ✓ Sevgilinin/partnerin korkutucu ve özsaygıyı zedeleyici konuşmalar yapması,
- ✓ Diğer insanların önünde kişiyi küçük düşürmek, alay etmek, hakaret etmek veya aşağılamak. "Koruma" veya "namus" bahaneleriyle müdahale etmek,
- ✓ Kıskançlık göstererek kişinin ilişkilerini kısıtlamak veya başkalarıyla iletişimini engellemek,

- ✓ Fiziksel şiddet içeren davranışlar, örneğin tokat atmak, yumruk atmak veya saç çekmek,
- ✓ Cinsel şiddet içeren davranışlar, örneğin zorla cinsel ilişki teklif etmek veya istenmeyen cinsel temas sağlamak şeklinde olmaktadır (Kadın Dayanışma Vakfı, 2024).

Mobbing: iş yerinde bir veya birden fazla kişi tarafından sistematik olarak uygulanan kötü muamele, tehdit, şiddet ve aşağılama gibi davranışları ifade eder (Aşkın & Aşkın, 2018). Örnek olarak, işverenin bir çalışanı sürekli eleştirmesi, zor işleri sadece ona vermesi, mesaiye kalmayı sürekli talep etmesi ve kalamadığında aşağılaması gibi davranışlardır. Mobbing, cinsel isteği reddetme gibi nedenlerle intikam amacıyla da uygulanabilir ya da sadece kişinin cinsiyeti gibi özelliklerinden dolayı da yaşanabilir (Şen Küpeli, 2024). Mobbing, iş performansını, sağlığı ve psikolojik refahı olumsuz etkiler. Bu nedenle, mobbingin tespit edilmesi ve önlenmesi önemlidir. Kurbanlar, işyeri politikalarından, sendikalardan veya hukuki destekten faydalanabilirler. İşverenler, yöneticiler ve çalışanlar iş birliği yaparak mobbingi önlemeli ve olumlu bir çalışma ortamı sağlamalıdır (Kadın Dayanışma Vakfı, 2024).

TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİN ETKİLERİ

Toplumsal Cinsiyet Roller ve Ataerkillik: Toplumsal cinsiyet rolleri ve ataerkillik, kadına yönelik şiddetin kökenlerinden biridir. Ataerkillik, erkeklerin toplumsal, politik ve ekonomik olarak üstünlüğünü savunan ve kadınların ikincil konumlandırılmasını destekleyen bir ideolojidir. Bu ideoloji, erkek egemenliği ve kadınların itaati üzerine kurulu toplumsal normlar ve değerler sistemini içerir. Bu normlar ve değerler, erkeklerin güçlü, aktif ve karar verici rolüne odaklanırken, kadınların ise pasif, bakım veren ve ev içi işlerle ilişkilendirilen rolüne odaklanır (Aydınalp, 2020; Johnson, 2017).

Eğitim, iş ve toplumsal alandaki eşitsizliklerin etkisi: Eğitimdeki cinsiyet eşitsizliği, kız çocuklarının okula devamında yaşanan zorluklar, eğitimdeki cinsiyet ayrımcılığı ve toplumun kız çocuklarına erişimdeki kısıtlamaları gibi faktörleri ele alır. Bu eşitsizlikler, kadınların bilgiye ve kaynaklara erişimini kısıtlar, bu da kadınların ekonomik, sosyal ve politik güçlerini sınırlar ve dolayısıyla kadına yönelik şiddet riskini artırabilir (Unesco, 2018). Eğitimde ve işteki cinsiyet eşitsizliği, kadınların ekonomik katılımını kısıtlayabilir ve ekonomik bağımsızlıklarını sınırlayabilir. Bu durum, kadınların şiddet gördüklerinde ailelerinden veya şiddet uygulayan eşlerinden ayrılmakta zorlanmalarına neden olabilir. Eğitim ve iş alanındaki cinsiyet eşitsizliğinin kadına yönelik şiddet üzerindeki etkilerini değerlendirir ve

kadınların ekonomik güçlerini artırmanın şiddeti önlemede önemli bir faktör olduğunu vurgular (Klasen & Lamanna, 2009).

KADINA YÖNELİK ŞİDDETİN TOPLUMSAL ETKİLERİ

Fiziksel ve Psikolojik Sağlık Üzerindeki Etkileri: Kadına yönelik şiddet, kadınların fiziksel sağlığını doğrudan etkileyebilir; yaralanma, kronik ağrı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve diğer sağlık sorunlarına yol açabilir. Psikolojik etkileri ise daha da derin ve uzun süreli olabilir. Depresyon, anksiyete, travma sonrası stres bozukluğu, madde bağımlılığı ve intihar düşünceleri gibi ciddi ruh sağlığı sorunlarına neden olabilir. Şiddet mağdurları, sosyal izolasyon ve özgüven kaybı yaşayabilir, bu da onların toplum içindeki etkileşimlerini ve ilişkilerini sınırlayabilir (Bükecek & Özkan, 2018).

Ekonomik Etkileri: Kadına yönelik şiddet, kadınların iş gücüne katılımını engelleyebilir ve kariyer gelişimlerini sınırlayabilir. Şiddet mağdurları işlerini kaybedebilir veya iş bulmada zorluk çekebilir, bu da onların ekonomik bağımsızlıklarını ve maddi refahlarını tehlikeye atar. Ayrıca, şiddetin tedavi ve hukuki süreçlerle ilişkili maliyetleri de kadınların ve ailelerinin ekonomik durumunu olumsuz etkileyebilir (Kadın Dayanışma Vakfı, 2024).

Sosyal ve Kültürel Etkileri: Şiddet, kadınların toplum içindeki rollerini ve sosyal ilişkilerini olumsuz etkiler. Şiddetin normalleştirilmesi, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini pekiştirir ve bu durum nesiller boyu devam edebilir. Kadınların toplumsal ve kültürel yaşamda aktif rol almasını engelleyen bu durum, genel olarak toplumsal ilerlemeyi yavaşlatır ve cinsiyet eşitliği mücadelesine zarar verir (Atay, 2018).

Toplum Sağlığı Üzerindeki Etkileri: Kadına yönelik şiddet, sadece bireyler için değil, toplum sağlığı için de ciddi bir sorun teşkil eder. Şiddetin etkileri, kadınların yanı sıra çocuklar ve genel toplum yapısını da olumsuz etkiler. Şiddet gören kadınların çocukları, duygusal ve davranışsal sorunlar yaşayabilir ve bu durum gelecek nesillerin sağlığını ve refahını tehlikeye atabilir (Karahana, Arpacı, & Esen, 2022).

KADINA YÖNELİK ŞİDDETLE MÜCADELE STRATEJİLERİ

Kadına yönelik şiddetle mücadele stratejileri çok çeşitlidir ve genellikle çoklu bir yaklaşımı içerir. Bu stratejiler hükümetler, sivil toplum kuruluşları, yerel topluluklar ve uluslararası kuruluşlar tarafından benimsenir ve uygulanır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (ASHB) tarafından hazırlanan "Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele 2024 Yılı Faaliyet Planı" ve "Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele IV. Ulusal

Eylem Planı” belgelerinde Türkiye’de uygulanan mevcut stratejiler şunlardır (ASHB, 2020, 2024)

Adalet Erişim ve Mevzuat: Şiddet mağdurlarının adalete erişimini kolaylaştırmak ve mevzuatı güçlendirmek için yapılan düzenlemelerdir (ASHB, 2020, 2024). Türkiye’de “Adalet Erişim ve Mevzuat” kavramı, bireylerin yargı sistemine adil ve eşit bir şekilde erişebilmelerini sağlamak için oluşturulan yasal ve idari düzenlemeleri ifade eder. Bu bağlamda yapılan çalışmalar, insan haklarına saygılı, hukuki öngörülebilirlik ve şeffaflık ilkeleri temelinde yargı reformlarını ve adalet erişimini güçlendirme çabalarını içerir. Adli yardım hizmetlerinin genişletilmesi, suç mağdurlarına yönelik destek sistemlerinin kurulması ve geliştirilmesi, bu düzenlemelerin önemli unsurları arasındadır. Bu tür faaliyetler, yargı süreçlerindeki adaleti artırmak ve bireylerin hukuki haklarını etkin bir şekilde kullanabilmelerini sağlamak amacıyla yürütülmektedir (ADMHDB, 2024a, 2024b; HHGM, 2019).

Politika ve Koordinasyon: Kadına yönelik şiddetle mücadelede etkili politikaların oluşturulması ve uygulanması için devlet kurumları, sivil toplum kuruluşları ve diğer ilgili taraflar arasındaki koordinasyon ve iş birliği büyük önem taşır. Bu iş birliği, farklı kurum ve kuruluşların kaynaklarını, bilgi ve deneyimlerini birleştirerek daha güçlü ve kapsamlı müdahale stratejileri geliştirmelerini sağlar. Ayrıca, politika yapımcıların ve uygulayıcıların bir araya gelerek şiddetle mücadele konusunda ortak bir anlayış ve yaklaşım geliştirmelerine olanak tanır. Bu koordinasyon, şiddetle mücadeledeki çabaların daha etkin ve verimli olmasını sağlamakla kalmaz, aynı zamanda mağdurlara sunulan destek ve hizmetlerin kalitesini de artırır (ASHB, 2020, 2024).

Koruyucu ve Önleyici Hizmetler

Kadına yönelik şiddetle mücadelede, şiddeti önlemeye ve mağdurları güçlendirmeye yönelik çeşitli programlar ve hizmetleri kapsar. Bu hizmetler arasında, şiddetin önlenmesine yönelik eğitim programları, toplumda farkındalık yaratmayı amaçlayan kampanyalar ve şiddet mağdurlarına sunulan destek hizmetleri bulunmaktadır. Örneğin, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın “Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele IV. Ulusal Eylem Planı (2021-2025)” belgesinde, şiddet mağdurlarının güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve uygulanması, kurumlar arası işbirliği ve politika geliştirme gibi temel alanlarda iyileştirmeler hedeflenmektedir. Bu plan, şiddete sıfır tolerans ilkesiyle, kadına yönelik şiddetin her biçimiyle mücadelede, mevzuatın etkin uygulanmasını, önleme ve erken müdahaleyi hizmetlerin sunumunda temel yaklaşım haline getirmeyi, merkezi ve yerel düzeyde

erişilebilir hizmet sunumunu iyileştirmeyi amaçlamaktadır (ASHB, 2020).

Toplumsal Farkındalık: Toplumsal farkındalık, kadına yönelik şiddetle mücadelede hayati bir rol oynar. Bu, toplumun her kesiminde şiddetin nedenlerini ve etkilerini anlamayı, şiddetin kabul edilemez olduğu konusunda genel bir uzlaşıya varmayı ve bu sorunla mücadelede aktif rol almayı teşvik eder. Kadına yönelik şiddetle mücadelede toplumsal farkındalığın artırılması, şiddetin önlenmesi ve mağdurların desteklenmesi için gerekli politika ve programların geliştirilmesine katkıda bulunur. Eylem planlarında, çocuk yaştan itibaren şiddete yol açan tutumları ve davranış kalıplarını dönüştürmeyi, şiddet mağdurunu güçlendirmeyi ve şiddet uygulayanı rehabilite etmeyi hedefler. Ayrıca, toplumsal farkındalık ve duyarlılığın artırılması için eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarının sürdürülmesi öngörülmektedir. Bu tür eylem planları ve faaliyetler, şiddetsiz bir toplum inşasında önemli adımlar olarak görülmektedir (ASHB, 2020, 2024).

Veri ve İstatistik: Şiddetle ilgili veri toplama ve istatistiklerin analizi, politika geliştirme ve mücadele stratejilerinin etkinliğini değerlendirmede önemli bir rol oynar. Şiddet olaylarının sıklığını, türlerini ve dağılımını anlamak için gerekli olan güvenilir ve ayrıntılı bilgileri sağlar (ASHB, 2024).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu’nun Türkiye analizine göre; şiddete maruz bırakılan her 10 kişiden 8’i kadın, yüzde 73’ü evli ve büyük oranda 31-55 yaş arasındadır. Failerin yüzde 90’ı erkek, en yüksek oranda ‘eş’ (%63) sonra diğer aile üyesleri (%21) olduğu saptandı (UNFPA, 2023). Veriler, şiddetin nedenlerini ve sonuçlarını daha iyi anlamak, risk faktörlerini belirlemek ve müdahalelerin etkisini ölçmek için kullanılır (ASHB, 2020, 2024). Türkiye’de kadına yönelik şiddetle ilgili istatistikler Aile Sosyal Hizmetli Bakanlığı, TÜİK, Adalet Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Kişisel Verilerin Korunması Kurumu ve Üniversiteler tarafından elde edilmektedir (ASHB, 2024). Kadına yönelik şiddet konusunda veri toplandığı söylenebilir, ancak bu verilerin yeterli düzeyde olup olmadığı konusunda farklı görüşler bulunmaktadır (Ferrari et al., 2021; McGarry & Ali, 2016).

KADINA YÖNELİK ŞİDDETE HEMŞİRENİN ROLÜ

Kadına yönelik her türlü şiddet, toplum sağlığı açısından öncelikli bir sorundur ve bu sorunla mücadele etmek için multidisiplinlerin iş birliği yapması gerekmektedir. Bu disiplinlerden biri de sağlık çalışanlarıdır. Sağlık profesyonelleri hem şiddete maruz kalan kadınlara hem de şiddeti uygulayanlara yönelik müdahalelerde bulunarak,

şiddetin ve etkilerinin azaltılmasında kritik bir rol oynamaktadır. Bu, kadınların sağlıklı bir yaşam sürmelerini ve güvenli bir ortamda yaşamalarını sağlamak için önemlidir (Aktaş, Kaya, & Daştan Bostancı, 2019; Güler & Erbil, 2022).

Şiddetin önlenmesinde, hemşirelik girişimleri birçok aşamada önemli bir rol oynamaktadır. Birincil, ikincil ve üçüncül koruma basamakları kullanılarak, hemşireler kadınların şiddete maruz kalmasını önlemeye odaklanmalıdır. Birincil koruma seviyesinde, hemşireler şiddetin ortaya çıkmasını engellemek için önlemler almalı, eğitimler düzenlemeli, öfke yönetimi konusunda danışmanlık sağlamalı ve kriz durumlarını önlemek için destek sistemleri oluşturmalıdır. İkincil koruma aşamasında, hemşireler şiddeti durdurmak için müdahalelerde bulunmalıdır. Üçüncül koruma düzeyinde ise, hemşireler danışmanlık yaparak kadınların rehabilitasyon süreçlerine destek olmalı ve iyileşme sürecini hızlandırmalıdır. Bu şekilde, hemşireler farklı koruma basamaklarında kadınların şiddetten korunmasına ve toplumda şiddetin azaltılmasına yardımcı olabilirler (Kilci, Seval, & Doğan, 2021; Pinar & Sabancıoğulları, 2019).

Hemşirelerin aile içi şiddetle ilgili rol ve sorumlulukları, çalıştıkları alanlarda çeşitlilik göstermektedir. Bu kapsamda, hemşireler aile içi şiddeti belirlemede etkili bir rol oynamakta ve tıbbi tedavi ile bakımın gerekliliklerini tespit etmektedirler. Ayrıca, şiddetle ilgili verilerin toplanması ve güvenlik planlarının oluşturulması gibi önemli görevleri de üstlenmektedirler. Hemşireler, aile içi şiddet vakalarında gerekli kayıtların tutulmasını sağlayarak, gerektiğinde ilgili disiplinlere yönlendirme yapmaktadırlar. Hemşirelik müdahaleleri, birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerini kullanarak, temel sağlık hizmetlerini desteklemektedir (Özcan & Kırca, 2017).

SONUÇ

Kadına yönelik şiddet, toplumun her seviyesinde derin izler bırakan ve ciddi insan hakları ihlali olan bir sorundur. Fiziksel, psikolojik, ekonomik ve cinsel boyutlarda kendini gösteren bu şiddet, ataerkil normların ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir sonucudur. Hükümetler, sivil toplum kuruluşları, sağlık çalışanları ve diğer paydaşlar arasında iş birliği yaparak, şiddetin önlenmesi, mağdurlara destek sağlanması ve şiddetin kabul edilemez olduğu konusunda toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Hemşireler, kadına yönelik şiddetin önlenmesi ve mücadele edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Kadına yönelik şiddette farkındalığı artırmak için düzenledikleri eğitim programları, toplumda şiddet konusunda farkındalık yaratmaya yardımcı olabilir. Ayrıca, kadınları koruyucu sağlık

hizmetlerine erişim konusunda destekleyerek, şiddet mağduru kadınların sağlık ihtiyaçlarını karşılamalarına yardımcı olabilirler.

Araştırmanın Etik Yönü/Ethics Committee

Approval: Literatür incelemesi yapılmış olup, kullanılan literatür, kaynaklar bölümünde gösterilmiştir

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir /kavram: YS; Tasarım: YS; Danışmanlık: YS; Analiz/Yorum: YS; Kaynak tarama: YS; Makalenin Yazımı: YS; Eleştirel inceleme: YS

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Araştırmacı herhangi bir çıkar çatışması belirtmemiştir.

KAYNAKLAR

- ADMHDB. (2024a). Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. Adli yardım başvuru formu e-devlet üzerinden erişime açıldı. Retrieved from <https://magdur.adalet.gov.tr/Home/SayfaDetay/adli-yardim-basvuru-formu-e-devlet-uzerinden-erisime-acildi23082021084359>
- ADMHDB. (2024b). Adli Destek ve Mağdur Hizmetleri Dairesi Başkanlığı. ADM Nedir? Retrieved from <https://magdur.adalet.gov.tr/Home/SayfaDetay/adm-nedir#:~:text=Adli%20Yard%C4%B1m%20Hizmetleri%20B%C3%BCrosu%2C%20ile,adli%20yard%C4%B1m%20hizmetlerine%20y%C3%B6nlendirilmeleri%20sa%C4%9Flanmaktadır%C4%B1r.>
- Akgül, A., & Uğurlu, Ö. (2021). Kadına yönelik şiddetin, şiddeti uygulayan ve mekân bağlamında incelenmesi: Katledilmiş Kadınlar Örneği. Planlama, 31(1).
- Aktaş, B., Kaya, F., & Daştan Bostancı, N. (2019). Hemşirelik ve ebellek öğrencilerinin ailede kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları. OPUS International Journal of Society Researches, 14(20), 1448-1474.
- ASHB. (2020). Aile ve Sosyal Hizmetleri Bakanlığı. Kadına Yönelik şiddetle mücadele iv. ulusal eylem planı. Retrieved from <https://www.aile.gov.tr/ksgm/ulusal-eylem-planlari/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-iv-ulusal-eylem-planlari/>
- ASHB. (2024). Kadına yönelik şiddetle mücadele 2024 yılı faaliyet planı. Retrieved from <https://www.aile.gov.tr/ksgm/duyurular/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-2024-yili-faaliyet-planlari/>
- Aşkın, E. Ö., & Aşkın, U. (2018). Çalışma yaşamında kadına yönelik mobbing: Bankacılık sektöründe bir araştırma. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi, 9(24), 255-282.
- Atay, İ. M. (2018). Kadına yönelik şiddet. In D. Kuzugüdenlioğlu Ulusoy (Ed.), Ruh Sağlığının

- Sosyal Boyutu (pp. 59-65). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Aydınalp, E. B. (2020). Varoluşçu özgürlük bağlamında kadın: Simone de beauvoir ve ikinci cinsiyet. *Litera: Journal of Language, Literature and Culture Studies*, 30(2), 465-488.
- Bükecik, E., & Özkan, B. (2018). Kadına yönelik şiddet: toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 33-37.
- Çifçi, S., & Yasemin, A. (2022). Kadına yönelik aile içi şiddet ve nedenleri. *Artuklu International Journal of Health Sciences*, 2(2), 1-7.
- Dağcı S, & Ören B. (2019). Cinsiyet eşitsizliği, kadına yönelik şiddet ve sağlık çalışanlarının yaklaşımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 50(4), 236-240.
- Dikmen, H. A., & Marakoğlu, K. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolleri ile kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarının incelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 29(2), 73-79.
- Ferrari, G., Torres-Rueda, S., Michaels-Igbokwe, C., Watts, C., Jewkes, R., & Vassall, A. (2021). Economic evaluation of public health interventions: an application to interventions for the prevention of violence against women and girls implemented by the "what works to prevent violence against women and girls?" Global program. *Journal of interpersonal violence*, 36(21-22), NP11392-NP11420.
- Genç, Y., Altıparmak, İ. B., & Gündüz Ustabaşı, D. (2019). Kadına yönelik şiddetin erkekler tarafından değerlendirilmesi: Sakarya örneği. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(2), 391-408.
- Güler, E., & Erbil, N. (2022). Kadına yönelik şiddet, cinsel şiddet ve hemşirenin sorumlulukları. *Androloji Bülteni (Andrology Bulletin)*, 24(3).
- Hacettepe, U. (2014). Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması. Retrieved from <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAna-RaporKitap26Mart.pdf>.
- HHGM. (2019). Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü. İnsan hakları eylem planı. Retrieved from <https://hhgm.adalet.gov.tr/Home/SayfaDetay/insan-haklari-eylemplani>
- Johnson, M. P. (2017). Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. In *Domestic violence* (pp. 3-14): Routledge.
- Kadın Dayanışma Vakfı. (2024). Kadına yönelik şiddet. Retrieved from <https://www.kadindayanismavakfi.org.tr/kadina-yonelik-siddet/>
- Karahan, M. S., Arpacı, F., & Esen, İ. (2022). Türkiye’de kadınlara yönelik şiddetin uygulanan sosyal politikalar bağlamında bireysel ve toplumsal boyutlarda etkileri. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 36-41.
- Kilci, Ş., Seval, M., & Doğan, N. (2021). Hemşirelik Öğrencilerinin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıyabilme durumları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(1), 1-9.
- Klasen, S., & Lamanna, F. (2009). The impact of gender inequality in education and employment on economic growth: new evidence for a panel of countries. *Feminist economics*, 15(3), 91-132.
- McGarry, J., & Ali, P. (2016). Researching domestic violence and abuse in healthcare settings: Challenges and issues. *Journal of research in nursing*, 21(5-6), 465-476.
- MORÇATI. (2024a). Flört şiddeti. Retrieved from <https://morcati.org.tr/flort-siddeti-3/>
- MORÇATI. (2024b). Kadına yönelik şiddet, şiddet türleri. Retrieved from <https://morcati.org.tr/siddet-bicimleri/>
- Özcan, Ş., & Kırca, N. (2017). Çözümlemeyen sorun: kadına yönelik aile içi şiddet ve hemşirenin rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 87-96.
- Pinar, S. E., & Sabancıoğulları, S. (2019). Nursing and midwifery students’ attitudes towards violence against women and recognizing signs of violence against women. *Int J Caring Sci*, 12(3), 1520-1525.
- Rukiye, A., & Kılınçel, Ş. (2020). Hekimlerin kadına yönelik şiddet ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Journal of Contemporary Medicine*, 10(4), 600-608.
- Seçkin, L., Arslan, T., & Selçuk Tarı, K. (2022). Türkiye’de son beş yılda kadına yönelik şiddet: covid-19 pandemisinin etkisi. *humanistic perspective*, 4(1), 28-43.
- Seyrek, M., & Gencer, C. (2022). Kadına yönelik şiddetin veri madenciliği ile analizi: Türkiye uygulaması. *Bilişim Teknolojileri Dergisi*, 15(1), 75-81.
- Şahin, N. H., & Avcı Başboğa Nihal. (2023). Kadına yönelik şiddet. In N. H. Şahin (Ed.), *Kadın sağlığı hastalıkları ve doğum* (pp. 61-70). İstanbul: Nobel Tıp kitabevleri.
- Şen Küpeli, T. (2024). Kadın çalışanlara yönelik mobbing: Türkiye-İsveç karşılaştırması. In Ç. Demir & N. Çetiner (Eds.), *İş Hayatında Kadın Çalışanlar Türkiye Avrupa Ülkeleri Karşılaştırmaları* (pp. 121-140).
- Tekkas Kerman, K., & Betrus, P. (2020). Violence against women in Turkey: a social ecological framework of determinants and prevention strategies. *Trauma Violence Abuse*, 21(3), 510-526. doi:10.1177/1524838018781104
- UNDP. (2020). Human Development Report 2020, New York. Retrieved from https://www.tr.undp.org/content/turkey/tr/home/library/human_development/hdr-2020.html
- UNDP. (2023). Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı. Kadına yönelik şiddetle mücadele rehber seti. Retrieved from <https://www.undp.org/tr/turkiye/publications/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-rehber-seti>
- Unesco. (2018). Global education monitoring report gender review 2018: Meeting our commitments to gender equality in education. Retrieved from <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000261593>
- UNFPA. (2023). UNFPA-TKDF Ev İçi Şiddet Raporu açıklandı! Retrieved from <https://turkiye.unfpa.org/tr/ev-ici-siddet-raporu-basin-bulteni>
- WHO. (2002). World Health Organization. Facts: Intimate Partner Violence. Geneva: WHO. Retrieved from

<https://apps.who.int/violence-info/intimate-partner-violence/>

WHO. (2024). Kadına karşı şiddet. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>